

プロフィール情報

1. 氏名（ファーストネームのみ）を記入してください。

2. 生年月日を記入してください。

3. メールアドレスを記入してください。

4. 携帯電話の番号を記入してください。

5. 出生時の性別を選択してください。

- ☐ 男性
- ☐ 女性
- ☐ その他
- ☐ 無回答

女性の方へ。現在妊娠中もしくは来月中に妊娠する可能性がありますか。

- ☐ はい
- ☐ いいえ

6. 現在の性別は出生時の性別と合致しますか。

- ☐ はい
- ☐ いいえ
- ☐ 無回答

7. 現在の年齢をお答えください。満_____歳

8. 現在の体重をお答えください。_____ポンド

9. 現在の身長をお答えください。_____フィート_____インチ

10. あなたの人種について、あてはまるもの全てに印をつけてください

- ☐ ヒスパニックあるいはラテン系
- ☐ ヨーロッパ系白人
- ☐ アジア人
- ☐ 黒人
- ☐ ネイティブアメリカン

- ☐ 太平洋諸島民族
- ☐ わからない
- ☐ 無回答

11. お一人でお住まいですか。

- ☐ はい
- ☐ いいえ

下記の年齢の方と同居していますか。あなた自身を含め、同居家族・介護人・ルームメイトなど、ご自宅にいる方全員の年齢に印をつけてください。

- ☐ __ 3歳以下
- ☐ __ 3-6歳
- ☐ __ 7-17歳
- ☐ __ 18-25歳
- ☐ __ 26-40歳
- ☐ __ 41-64歳
- ☐ __ 65-79歳
- ☐ 80歳以上

13. 現在の住所をお答えください。（地域情報の把握のみが目的です）

COVID-19 関連の質問

14. COVID-19 陽性と診断されましたか。

- ☐ はい
- ☐ いいえ

15. COVID-19の検査を受けられましたか。

- ☐ はい
- ☐ いいえ

COVID-19の検査はどこで受けられましたか。

- ☐ 外来クリニックもしくはドライブスルー方式
- ☐ 救急外来
- ☐ その他

上記で「その他」とお答えになった方に伺います。COVID-19の検査はどこで受け

られましたか。

検査を受けた時点でCOVID-19の症状は出ていましたか。

- ☐ はい
- ☐ いいえ

検査を受けられた理由は何ですか。

- ☐ 医療従事者・救急隊員など
- ☐ 感染リスクの高い家族・同居人がいる
- ☐ その他

上記で「その他」とお答えになった方に伺います。検査を受けられた理由はなんですか。

16. 症状について、あてはまるもの全てに印をつけてください。

- ☐ 無症状
- ☐ 咳 何日間くらいでしたか _____
- ☐ 喉の痛み 何日間くらいでしたか _____
- ☐ 100.4F（38C）以上の発熱 何日間くらいでしたか _____
- ☐ 最高体温は何度でしたか _____
- ☐ 頭痛
- ☐ 一部の嗅覚の消失
- ☐ 完全な嗅覚の消失
- ☐ 一部の味覚の消失
- ☐ 完全な味覚の消失
- ☐ 呼吸困難
- ☐ だるさ
- ☐ 筋肉痛
- ☐ 鼻水
- ☐ 三日以上の下痢
- ☐ 吐き気、嘔吐
- ☐ 顔もしくは唇の赤み
- ☐ 意識混濁、起き上がれない
- ☐ 胸部の痛み
- ☐ 結膜炎、目の充血
- ☐ その他（症状を記入してください） _____

咳は何日間続きましたか。

どのようなタイプの咳でしたか。

- ☐ ドライな咳
- ☐ ウェットな咳
- ☐ その他_____

最初に症状が現れたのはいつでしたか。日付を記入してください。

症状が治まったのはいつでしたか。日付を記入してください。

17. COVID-19の症状が現れる前、海外渡航はしましたか。

- ☐ いいえ
- ☐ はい 国名_____
- 渡航日程_____

18. COVID-19感染の診断もしくは感染疑いのある人物との接触はありましたか。

- ☐ 感染と診断された方との接触あり
- ☐ 感染疑いのある方との接触あり
- ☐ いいえ
- ☐ わからない

健康状態に関する質問

19. COVID-19 感染前の体調はどうでしたか。

- ☐ かなり良かった
- ☐ 良かった
- ☐ まあまあ
- ☐ あまり良くなかった

20. ソーシャルディスタンスが施行される前の生活習慣についてあてはまるものをお答えください。

- ☐ 頻繁に外出する（週に4-7回）
- ☐ 時々外出する（週に2-3回）
- ☐ あまり外出しない（週に1回以下）

21. CDCの推奨するソーシャルディスタンスについて、どのくらい実行していますか。

5段階評価でお答えください。（1＝全く実行していない、5＝全て実行している）

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5

22. これまでに診断された、あるいは治療を受けた疾患について、あてはまるもの全てに印をつけてください。

- ☐ 肺疾患
 - a. 喘息
 - b. 慢性閉塞性肺障害
 - c. 特発性肺線維症
 - d. 気管支拡張症
 - e. α 1-アンチトリプシン欠乏症
 - f. その他の肺疾患、具体的に_____
- ☐ 心疾患
 - a. 先天性心疾患
 - b. 冠動脈疾患・心筋梗塞
 - c. うっ血性心不全
- ☐ 高血圧
- ☐ 高脂血症・高コレステロール血症
- ☐ 貧血
- ☐ 肝疾患
- ☐ 糖尿病
- ☐ 肥満
- ☐ 関節疾患
 - a. 関節リウマチ
 - b. 変形性関節症またはその他の関節疾患
- ☐ 炎症性腸疾患
- ☐ 癌
- ☐ 嚢胞性線維症
- ☐ 慢性腎臓病
- ☐ 神経障害（筋萎縮性側索硬化症、多発性硬化症、パーキンソン病、ハンチントン病）
- ☐ 認知症
- ☐ その他、具体的に_____
- ☐ 上記のどれもない

23. 臓器移植を受けたことはありますか。

- ☐ いいえ
- ☐ はい どの臓器ですか _____

24. 免疫関連の疾患で診断が下りたことはありますか。

- ☐ 自己免疫疾患（あてはまるもの全てに印をつけてください）
甲状腺、全身性エリテマトーデス、多発性硬化症、血球減少症、大腸炎、炎症性腸疾患、その他 _____
- ☐ 炎症、具体的に _____
- ☐ 周期性発熱
- ☐ 免疫不全
- ☐ 再発性いぼ、ウイルス性皮膚感染症
- ☐ 花粉症
- ☐ 食品性アレルギー
- ☐ ヘルペス
- ☐ 帯状疱疹
- ☐ 湿疹
- ☐ 蕁麻疹
- ☐ 上記のどれでもない

25. 現在投与・服用している薬剤（週一以上）について、あてはまるもの全てに印をつけてください。

- ☐ 非ステロイド性抗炎症剤または NSAIDS（アスピリン、セレコキシブ、ジクロフェナク、カンビア、カタフマム、ボルタレン、ジルニサル、エトドラック、イブプロフェン、モトリン、アドビル、インドメタシン、インドシン、ケトプロフェン、ケトロラック、ナンプメタネ、ナプロキセン、アレベ、アナプロックス、ボルタレン、ジルニサル、エトドラック、イブプロフェン、モトリン、アドビル、インドメタシン、インドシン、ケトプロフェン、ケトロラック、ナンプメタネ、ナプロキセン、アレベ、アナプロックス、ナプロシン、オキサプロジン、デイプロ、ピロキシカム、フェルデン、サルサレート、ディサレート、スリドナック、トルメチンなど）
- ☐ アセトアミノフェン（ベネドリル、エキセドリン、ロビタシン、シヌタブ、スダフェッド、タイレノール、ヴィックスなど）
- ☐ 喘息治療薬（気管支拡張薬、ベントリン、アルブテロールなど）
- ☐ 経口または注射ステロイド薬（プレドニゾンなど）
- ☐ 吸入ステロイド薬
- ☐ 吸入気管支拡張薬
- ☐ 神経痛薬（ガバペンチンなど）
- ☐ 糖尿病薬（メトフォルミンなど）
- ☐ TNF 阻害薬（インフリキシマブ、アダリムマブ、セルトリズマブペゴル、ゴリムマブ、エタネルセプトなど）

- ☐ 抗凝固薬(エリキス、ザレルト、クマジン、ワルファリンなど)
- ☐ 高血圧のための ACE 阻害剤(ベナゼプリル、カプトプリル、フォシノプリル、リシンプリルなど)
- ☐ コレステロールを下げるためのスタチン(アトルバスタチンやシンバスタチンなど)
- ☐ 高血圧のためのアンジオテンシン受容体遮断薬(エダルビ、アタカンド、エプロサルタン、アバプロなど)
- ☐ JAK 阻害薬 (バリシチニブ、ルキシリチニブ、フェドラチニブ、トフェシチニブなど)
- ☐ ヒドロキシクロロキン
- ☐ IL-6 拮抗薬 (サリルマブ、トシリズマブ、シルツキシマブなど)
- ☐ 甲状腺薬レボトロキシシン
- ☐ 血圧を下げるための β ブロッカー (メトプロロール、アテノロール、トラマドールなど)
- ☐ その他 (ビタミンや健康補給食品など)
- ☐ なし

26. 過去 6 ヶ月間にインフルエンザのワクチンを受けましたか。

- ☐ はい 日付 _____
- ☐ いいえ
- ☐ わからない

27. COVID-19 パンデミック以前、最後にインフルエンザのような症状が出たのはいつでしたか。

- ☐ 日付 _____
- ☐ 覚えていない

その時に入院はしましたか。

- ☐ はい
- ☐ いいえ

28. 普段どのくらいの頻度でインフルエンザ（もしくは類似した症状）にかかりますか。

- ☐ 一度もない
- ☐ ほとんどない
- ☐ 1 年に 1 回くらい
- ☐ 1 年に 2 回以上

29. 最後に抗生物質を服用したのはいつでしたか。

- ☐ 現在服用中
- ☐ 今月

- ☐ 先月
- ☐ 2ヶ月以内
- ☐ 6ヶ月以内
- ☐ 1年以内
- ☐ 1年以上前
- ☐ 内服したことがない・わからない

生活習慣について

30. マリファナなどのドラッグを使用したことはありますか。

- ☐ いいえ
- ☐ はい 頻度_____

31. タバコを吸いますか。

- ☐ 一度も吸ったことがない
- ☐ 定期的には吸ったことがない
- ☐ 以前は吸っていたが、やめた
- ☐ 時々吸う
- ☐ 毎日吸う 約_____本/日

32. 電子タバコを吸いますか。

- ☐ 一度も吸ったことがない
- ☐ 定期的には吸ったことがない
- ☐ 以前は吸っていたが、やめた
- ☐ 時々吸う
- ☐ 毎日吸う

33. あなたの最終学歴はなんですか。

- ☐ 幼稚園や小学校
- ☐ 専門学校
- ☐ 高等学校
- ☐ 大学
- ☐ 大学院

34. 職業はなんですか。

35. 仕事の際に下記のリスクはありますか。

- ☐ 煙
- ☐ 医療施設

- ☐ 鉛
- ☐ アスベスト
- ☐ 大量の発汗・脱水症状・過度の運動
- ☐ その他
- ☐ なし

36. あなたの普段の運動レベルについてあてはまるものをお答えください。

- ☐ 本を読んだり、テレビを見たり、家事を行う程度
- ☐ 週に数回は、ウォーキングしたり、自転車に乗ったり、活動的な日を過ごしている
- ☐ 週に数回は、ジョギング、スキー、筋トレ、体操、水泳、球技などの ハードな運動をしている
- ☐ 毎日のようにハードな運動をしている