

問診票

年 月 日

ふりがな	
お名前	男・女
生年月日	西暦・大正・昭和・平成・令和
	年 月 日生 (歳)
ご住所	〒
お電話	自宅 () — 携帯 () —

●体温 ()℃ ●いつから発熱していますか？ (前から)

●会食 (あり・なし) (いつごろ:) (時間:)

●渡航歴 (あり・なし) (渡航先:)

●コロナウイルスにかかった方との接触 (あり・なし)

●普段お飲みのお薬はありますか (あり・なし)

薬品名 ()

●妊娠の可能性 ()

1) あてはまる症状に○をしてください

ア.発熱 イ.頭が痛い ウ.喉が痛い エ.咳が出る オ.息苦しい

カ.体がだるい キ.味覚・嗅覚がおかしい ク.下痢をしている

2) それはいつからですか？

記入例: (ア、○/○日~) のようにお書きください。

--