

# 発熱・呼吸器症状に対する問診票

記入漏れがないようお願い致します

来院日 年 月 日 午前・午後

ふりがな		性別	大正・昭和・平成・令和 年
氏名		男・女	(西暦 年 月 日生 ( ) 歳)
			身長 ( cm) 体重 ( kg)
住所	〒 -		
携帯電話		家族連絡先	名前 続柄: TEL
固定電話	無・有 ( )	勤務地 (会社名・学校名)	無・有 ( )

該当する項目があればチェックし、必要事項を記載してください。

## ① ご自身の症状が該当する場合はチェックをして下さい。(過去10日以内)

来院時の熱 \_\_\_\_\_ °C

無症状

- 発熱    咳    鼻水    のどが痛い    だるい    頭痛    嘔吐  
 下痢症状    においがわかりにくい    息苦しい    味に違和感がある・味がわからない  
 その他 ( )

症状が発生した日: 月 日

### 抗原キット検査を行いましたか？

抗原検査キット ( 未・済 ) 実施日 月 日 ( 陽性・陰性 )

## ② 周りに感冒症状・新型コロナ感染症の方がいますか？

いない

- いる
  - 新型コロナ感染症 誰ですか ( ) PCR・抗原陽性日 月 日  
 接触日: 月 日 ⇒ 濃厚接触者の指定 有・無
  - インフルエンザ 誰ですか ( ) いつから 月 日 (A・B)
  - 感冒 誰ですか ( ) いつから 月 日

### 今までに新型コロナ感染症にかかったことはありますか？

ない

ある 年 月 日

裏面もご記入ください

