

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

