

問 診 票

令和 年 月 日

フリガナ
氏 名

以下の内容について該当する箇所に☑をご記入下さい。

お答えいただいた内容によっては、ご用件（診療等）をお受けできない場合がありますので、他の方法や日にちの変更などをご相談させていただきます。

I. 本日を含めて1週間以内の体調についてお伺いします。

- | | | |
|--------------|-----------------------------|--|
| 発熱 | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> ある（ 月 日から 月 日まで）
（最高体温 °C） |
| 咳症状 | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> ある |
| 味・においの異常 | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> ある |
| 嘔吐・下痢症状 | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> ある |
| からだがだるい | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> ある |
| その他(鼻水・頭痛など) | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> ある（ ） |

II. 2週間以内に新型コロナウイルスに感染された方 または 疑いのある方と接触はありましたか？（同居のご家族等も含みます）

ない ある

III. 同居のご家族等で本日を含めて6日以内に発熱症状はありましたか？

ない ある（ 月 日から 月 日まで）
（最高体温 °C）

IV. その他、新型コロナウイルス感染症関連で気になることがあればご記入下さい。

（例：県外の方との会食。本人および同居家族が感染流行地域へ頻繁に往来する。

不特定多数が集まる場所にいた。不特定多数と飲食した。換気の悪い場所にいた。など）

〔 〕

ご協力ありがとうございました。

本人体温 _____ °C

同伴者体温 _____ °C 続柄（ ）

同伴者体温 _____ °C 続柄（ ）