

問 診 票

令和 年 月 日

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4日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 _____℃） |
| 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. 10日以内に新型コロナウイルス感染症と診断されましたか？

ない ある

III. 5日以内に新型コロナウイルス感染症に感染された方 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

ご協力ありがとうございました。

本人体温 _____℃

同伴者体温 _____℃ 続柄（ _____ ）

同伴者体温 _____℃ 続柄（ _____ ）