

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

③ 同居人または職場や学校で自宅待機を要請されている人はいますか？(過去10日以内)

いない

いる 接触者との関係【 家族・職場・知人・その他 () 】

自家用車で待機を指示された場合ご記入をお願いします。

車種 (色) : ナンバー :

裏面もご記入ください

