

発熱者等 問診票

むらまつクリニック

発熱・咳などの症状がある方は、ご記入のうえ受付にお出してください。
(あらかじめご記入いただくと、待ち時間の短縮になります。)

記入日： 年 月 日 受診日： 年 月 日

お名前(ふりがな) _____

生年月日： 年 月 日 年齢： 歳 (男・女)

体温： 発熱はいつから： 月 日 ごろ

現在の症状(あてはまるものに)

- | | | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 発熱 | <input type="checkbox"/> 咳(せき) | <input type="checkbox"/> 鼻水・鼻づまり |
| <input type="checkbox"/> のどの痛み | <input type="checkbox"/> 頭痛 | <input type="checkbox"/> 倦怠感(だるさ) |
| <input type="checkbox"/> 吐き気・嘔吐 | <input type="checkbox"/> 下痢 | <input type="checkbox"/> 腹痛 |
| <input type="checkbox"/> 発疹(ほっしん) | <input type="checkbox"/> 味覚・嗅覚の異常 | <input type="checkbox"/> 息苦しさ |

その他の症状： _____

周囲に同じような症状の方がいますか？ はい いいえ

ご家族や身近に新型コロナ陽性の方がいますか？ はい いいえ

最近2週間以内に海外への渡航がありましたか？ はい いいえ

基礎疾患(持病) _____

アレルギー(薬・食物など) _____

現在服用中のお薬 _____

妊娠の可能性： なし あり(週ごろ)

この問診票は受付・診察の参考にいたします。記入いただいた内容は適切に管理いたします。