

問診票（かぜ症状のある方）

氏名：..... 受診日：..... 年 月 日 / 体温：..... °C

以下の質問にお答えください。

1：熱はありますか。

いいえ

はい（ 本日から ・ 日前から、最高 °C）

2：下記に該当する症状はありますか。該当する症状をチェックしてください。

該当する症状なし

鼻水 喉の痛み 咳 倦怠感 頭痛 寒気 筋肉痛 嘔吐 吐き気

下痢 腹痛 息苦しさ 息切れ 味覚異常 嗅覚異常 食欲不振、低下

（症状のある方：いつからですか ）

3：その他、気になる症状はありますか。

いいえ

はい（ ）

4：海外渡航歴はありますか。

いいえ

はい（いつから どこへ ）

5：周囲に新型コロナウイルスの疑いのある方や感染している人はいますか。

いいえ

はい（いつ どこで ）

6：その他、気になること・医師に伝えておきたいことがありましたらご記入ください。