発熱外来問診票

受診日：令和　　年　　月　　日

新型コロナウイルスの感染拡大を防ぐ為、問診票のご記入ををして頂いております。
ご理解、ご協力の程、よろしくお願いいたします。

フリガナ 氏　名		生年月日	年　　月　　日	携帯番号	
ID		車 No.		車カラー	

・症状があるものにチェックご記入をお願いいたします。

症状	□熱（　　℃）　いつから　　月　　日～　　最高　　℃まで上がりましたか？ □せき　□タン　□頭痛　□鼻水　□のどの痛み　□息苦しさ　□下痢・嘔吐

接触	・コロナ・インフルエンザ感染者に接触しましたか？　□はい　□いいえ ・県外に行かれましたか？　□はい　□いいえ ・密なところに行かれましたか？　□はい　□いいえ ・他に流行している感染者との接触？　□はい　□いいえ ・周囲に同症状の方はいませんか？　□はい　□いいえ

ワクチン	・コロナのワクチン接種は？　（　　）回済　□未接種 ・インフルエンザのワクチン接種は？　□済　□未接種

・他院や自宅などで検査を行ないましたか？　□いいえ　□はい

・検査をご希望しますか？　□いいえ　□はい