

問 診 票

お手数ですが、以下の項目と問診にご記入下さい。

お 名 前	様
来 院 日 時	年 月 日 曜日 午前・午後 時 分
体 温	度 分

< 問 診 >

1	風邪の症状や37度5分以上の発熱が4日以上続いている。 ※解熱剤を飲み続けなければならない方も同様です	はい・いいえ
2	過去 14 日以内に咳や呼吸困難などの呼吸器の問題が発生した。	はい・いいえ
3	強いだるさ（倦怠感）や息苦しさ（呼吸困難）がある。	はい・いいえ
4	過去 14 日以内に海外に旅行した。	はい・いいえ
5	過去 14 日以内に新型コロナウイルス感染が確認された患者と接触した。	はい・いいえ
6	過去 14 日以内に海外から来た人と接触した。	はい・いいえ
7	過去 14 日以内に二人以上の発熱や呼吸器の問題を抱えている人々と濃厚接触した。	はい・いいえ
8	最近、味や臭いが判らなくなった。	はい・いいえ

ご協力ありがとうございました。