

# 新型コロナウイルス検査問診票

				来院日	年	月	日
フリガナ				男 ・ 女			
氏 名							
生年月日	大・昭・平・令	年	月	日	年齢	才	
現住所	〒						
自宅電話				携帯電話			

① 現在、症状はありますか？

はい       いいえ

「はい」と答えられた方はどのような症状ですか？（複数選択可）

発熱     息切れ・呼吸困難     寒気     せき     味覚の異常  
 嗅覚の異常     頭痛     鼻汁     のどの痛み     筋肉痛     その他

\*発熱がある方は、いつから何度ありますか？

\*その他の症状がある方は、いつからどのような症状ですか？

② 過去に症状はありましたか？

はい       いいえ

「はい」と答えられた方はいつからどのような症状が何日続きましたか？

③ 体温測定をされている方は日付と体温を書いてください。

(体温表をお出し頂いても結構です)

④ 周りに新型コロナウイルス感染症と診断された方はいますか？

はい       いいえ



医療法人

田代クリニック