

令和 年 月 日

患者 ID	発熱者用問診票			現在の体温:	
<b>車種</b>		<b>色</b>		<b>車体No.</b>	
(ふりがな) <b>お名前</b>				職業	
生年月日 (T・S・H・R)	年	月	日 (才)	性別	男・女
住所 〒					
電話番号【自宅】			【携帯】		
どのような症状がありますか？ 該当する項目の( )に○をつけてください 例:(○)頭痛 ( )数日以内の発熱(体温 度) ( )強いだるさ(倦怠感) ( )息苦しさ(呼吸困難) ( )咳 ( )咽頭痛 ( )鼻汁 ( )痰が出る ( )味覚・嗅覚異常 ( )頭痛 ( )下痢 ( )嘔吐・吐き気 ( )結膜炎 ( )めまい ( )ふらつき ( )腰痛 ( )関節の痛み ( )しびれ ( )便秘 ( )その他( ) 上記の症状はいつ頃からですか？ ( )					
2週間以内に新型コロナウイルス陽性と診断された方と濃厚接触はありますか はい ・ いいえ ( )					
解熱剤・鎮痛剤を飲まれていますか？ はい ・ いいえ					
現在治療中の病気はありますか？ はい (病名 ) いいえ					
現在お薬を服用していますか？「はい」の方はどこの病院でもらっていますか はい (病院名 ) いいえ					
今までに大きな病気をしたことがありますか？ はい (病名 ) いいえ					
アレルギーはありますか？ (病気・薬・食べ物などあれば下記に記入してください) はい ( ) いいえ					
タバコは吸いますか？ 「はい」の方は本数と吸っている期間もお答えください はい ( 1日 本 ) ( 年間 ) いいえ					
女性の方のみお答えください 妊娠されていますか？ はい ( 週目 ) わからない いいえ					