



## 問 診 票

記入日： 年 月 日

ふりがな		生年月日	年 月 日	年 齢	歳 か月
名 前		性 別	男 ・ 女	体 重	k g
住 所					
電話番号					

新型コロナ陽性者との接触はありますか？	はい ・ いいえ
	いつ頃 ( )

当てはまる症状に記入・○を付けて下さい。

発 熱	いつから ( ) ( ) °C 来院前 ( ) °C
-----	-------------------------------

症 状	咳 ・ 鼻水 ・ のどの痛み 腹痛 ・ 下痢 ・ 嘔吐 その他 ( )
-----	---

現在飲んでいるお薬はありますか？ (「あり」の方はお薬手帳をお持ちください)	あり ・ なし
---	---------