

発熱者外来問診票

やえクリニック

クリニックの指示した時刻にお越しください。
時間に間に合わない場合は、必ずクリニックにご連絡ください。
お断りする場合がございます。

①フリガナ お名前 ()

②生年月日 (年 月 日 オ)

③住所 ()

④電話番号
・ 自宅 _____
・ 携帯 _____

⑤症状
発熱 咳 のど痛 頭痛 鼻水 腹痛 下痢 嘔気 その他

⑥症状が出始めた日 (月 日)

⑦周囲にコロナ陽性の方はいらっしゃいますか？
はい ・ いいえ

⑧基礎疾患（糖尿病、気管支喘息、内臓疾患など）で治療中ですか？
はい ・ いいえ

⑨発病後服薬した薬がある場合は、その薬剤名をおしえてください。