

発熱者外来問診票

① フリガナ

お名前 ()

② 生年月日 (年 月 日 才)

③ 住所 (〒)

④ 電話番号 (自宅 携帯)

⑤ お困りの症状に○をつけてください。

発熱 咳 のど痛 頭痛 鼻水 腹痛 下痢 嘔気 関節痛

⑥ 症状が出始めた日 (月 日)

⑦ 周囲にコロナもしくはインフルエンザ罹患者はいらっしゃいますか

いない いる

⑧ 治療中や治療歴のあるご病気はありますか

なし あり*病名に○をつけてください。

気管支喘息 糖尿病 免疫不全 その他自由記載

⑨ 発病後服用した薬剤名

⑩ 妊娠している可能性

なし あり

⑪ 他、医師に伝えたいことがあればご記載ください。