

発熱問診票

氏名 _____ (_____ 歳)

この問診票は現在の症状を確認するためのものです。場合によりスタッフから更にご質問させていただくことがあります。以下、該当がある箇所に✓または○をご記入ください

当院への受診歴 有(ID _____ 分かればご記入ください)

初めて もしくは不明

《発熱した時刻》 _____ 月 _____ 日 _____ 時頃 最高体温 _____ °C

《症状》 咳 鼻水 痰 のどの痛み 頭痛 息苦しさ

関節痛 倦怠感 嘔吐 下痢(軟便・泥状・水様)

その他(_____)

《症状出現後の医療機関受診》 他院受診した(_____ 月 _____ 日) 無し

《抗原検査》 行なった(_____ 月 _____ 日 _____ 時頃) 行っていない

《周囲での有症状者》 いる いない

(コロナ・インフル・溶連菌・その他: _____)

《その他 経過等で気になることがあれば以下にご記入ください》

ご協力ありがとうございました。

玲邦会えとう医院 TEL 047-304-3300