

発熱外来専用問診票

受診日 令和 年 月 日 体重 kg 体温 °C

なまえ			生年月日	年齢
名前			S, H, R / /	歳
住所	〒		未成年では保護者名	続柄
電話番号				
日中必ず連絡が取れる電話番号			保護者の電話番号	
症状		いつから	詳細	
発熱	あり・なし	月 日から	°C	
咽頭痛	あり・なし	月 日から		食事 可・不可
咳 息が苦しい	あり・なし	月 日から		
味覚障害 嗅覚障害	あり・なし	月 日から		
下痢 嘔吐	あり・なし	月 日から	回	
だるい	あり・なし	月 日から	その他の症状	
コロナワクチン 接種歴	1回目 年 月 日 (種類)		2回目 年 月 日 (種類)	
			3回目 年 月 日 (種類)	
妊娠 週	アレルギーのある方はご記入下さい		薬剤アレルギーのある方はご記入下さい	
職業・学校・幼稚園・保育園				
通勤・通学方法				
家族構成(同居者)	父・母・子・祖父・祖母 その他 ()			
最近発熱、あるいは体調の悪い方と接しましたか？				
はい いろいろ				
その他、何か思い当たることがありましたら、ご記入ください。				
〈支払方法〉現金、PayPay、LINE Pay、銀行振込				

*感染症法に基づき陽性になった場合は、自費・公費に関わらず保健所へ報告させていただきます