

問診表

氏名 _____ 男・女 T・M・S・H _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)

風邪外来を受診される方へ

下記の項目で該当するものにチェックをしてください

① 強いだるさ（倦怠感）、息苦しさ（呼吸困難）、高熱等の強い症状がある

② 以下に挙げる条件に該当し、発熱や風邪症状が続く

- ・高齢者
- ・糖尿病、心不全、肺気腫などの呼吸器疾患、人工透析
- ・免疫抑制剤、抗癌剤治療中
- ・妊娠している

③ いずれにも該当しない

該当する症状にチェックしてください

体温 _____ °C	※周囲風邪症状の方	家族	職場	学校
<input type="checkbox"/> 悪寒	<input type="checkbox"/> 咽頭痛			
<input type="checkbox"/> 倦怠感	<input type="checkbox"/> 咳	新型コロナウイルス感染者接触	あり・なし	
<input type="checkbox"/> 関節痛	<input type="checkbox"/> 痰	海外渡航歴	あり・なし	
<input type="checkbox"/> 頭痛	<input type="checkbox"/> 鼻水・鼻閉			
いつからその症状は続いていますか？	_____			

上記①～②に該当する方は、ご自身で下記にご連絡をしてください。

○小田原保健福祉事務所

Tel 0465-32-8000

○足柄上保険事務所

Tel 0465-83-5111

平日昼間 8:30～17:15

平日夜間 17:15 から翌朝 8:30 まで

休日 24 時間対応

045-285-1015