

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

自宅体温 _____ °C		来院時体温 _____ °C	
悪寒	無 ・ 有	腹痛	無 ・ 有
発熱	無 ・ 有	嘔気	無 ・ 有
咽頭痛	無 ・ 有	嘔吐	無 ・ 有
倦怠感	無 ・ 有	下痢	無 ・ 有
咳	無 ・ 有	結膜炎	無 ・ 有
痰	無 ・ 有	味覚障害	無 ・ 有
関節痛	無 ・ 有	嗅覚障害	無 ・ 有
頭痛	無 ・ 有	その他の症状	無 ・ 有 (_____)
鼻水	無 ・ 有		
鼻閉	無 ・ 有		

○いつから上記の症状は続いていますか？ (_____)

※周囲風邪症状の方 _____ 無・有 (家族 職場 学校)

新型コロナウイルス感染者接触 _____ 無・有

海外渡航歴 _____ 無・有

新型コロナワクチン接種 _____ 無・済