

問 診 票

月 日

どちらかに○印をしてください。(患者本人 ・ 付き添い：患者本人の氏名_____)

氏名 _____ 電話番号 _____ 体温 _____ °C

以下の質問に「はい」または「いいえ」にチェックを入れてお答えください

| | | | |
|---|---|-----------------------------|------------------------------|
| 1 | 2週間以内に普段の体温を超える発熱があった ※「はい」の方は最高何度でしたか？ _____ °C | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 2 | 2週間以内に普段と違った体調不良があった (咳・鼻水・倦怠感・味覚障害など) | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 3 | 2週間以内に既に新型コロナウイルス感染と診断 されている人と濃厚接触した | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 4 | 新型コロナウイルス感染の検査を受けたことがある ※「はい」の方は (PCR ・ 抗原 ・ 抗体) の検査を いつ・どこで (_____) | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |

ご協力いただきありがとうございました。

ゆきよしクリニック

2020.9.14