

発熱外来 問診票

ふりがな			
お名前			
生年月日	T S H R	年	月 日
性別	男性		女性
〒 住所			
電話番号 :			

体温 _____ °C

身長 _____ cm

体重 _____ kg

いつから発熱がありますか。 _____ 日前

症状についてうかがいます。

頭痛	あり	なし
咳	あり	なし
痰	あり	なし
鼻汁	あり	なし
咽頭痛	あり	なし
下痢	あり	なし

現在治療中の病気 _____

新型コロナウィルスワクチンの接種回数 _____ 回

家族の発熱の有無 あり なし

女性の方にお聞きします。

妊娠の可能性がある

現在妊娠 週

授乳中