

問 診 票

令和 年 月 日 (曜日)

患者氏名: 年齢: 性別:

住所: 連絡先:

かかりつけ医:

<症状>

- 体温 (°C) いつから:(月 日 時頃から)
- 味覚障害 (あり・なし) いつから:(月 日 頃から)
- 嗅覚障害 (あり・なし) いつから:(月 日 頃から)
- 咳 (あり・なし) いつから:(月 日 頃から)
- 鼻汁 (あり・なし) いつから:(月 日 頃から)
- 鼻閉 (あり・なし) いつから:(月 日 頃から)
- 咽頭通 (あり・なし) いつから:(月 日 頃から)
- 倦怠感 (あり・なし) いつから:(月 日 頃から)
- 嘔気 (あり・なし) いつから:(月 日 頃から)
- 下痢 (あり・なし) いつから:(月 日 頃から)
- 食欲不振 (あり・なし) いつから:(月 日 頃から)

<質問事項>

- ◆お住まいの都道府県名 ()
- ◆「37.5℃以上の発熱」と「急にできるようになった咳」の両方の症状がある ある ない
- ◆過去14日以内に海外渡航歴がある ある ない
- ◆過去14日以内にお住まいの都道府県以外の都道府県への移動がある ある ない
- ◆過去14日以内にかかった病院がある ある ない
- ◆過去14日以内に、50人以上が集まる集会やイベントに参加したことがある ある ない
- ◆現在同居する人に発熱・咳などの症状がある ある ない
- ◆現在同居する人がコロナウイルスに感染し「自宅隔離」等を要請されている ある ない
- ◆現在同居する人が過去14日以内にお住まいの都道府県以外の都道府県への移動歴がある ある ない
都道府県名:()