

発熱外来専用問診票

受診日	R . . .	体重	k g	体温	°C
なまえ				生年月日	年齢
名前				S . H . R / /	歳
住所	〒			未成年の場合、保護者名	続柄
電話番号					
日中必ず連絡が取れる電話番号			保護者の電話番号		
<症状>	いつから		詳細		
発熱	あり・なし	月 日から	°C		
咽頭痛	あり・なし	月 日から	食事	可・不可	
咳 息が苦しい	あり・なし	月 日から			
味覚障害 嗅覚障害	あり・なし	月 日から			
下痢・嘔吐	あり・なし	月 日から	回		
だるい	あり・なし	月 日から			
その他					
妊娠 週	アレルギーのある方をご記入下さい		薬剤アレルギーのある方をご記入下さい		
職業・学校・幼稚園・保育園					
通勤・通学方法					
家族構成(同居者)	父・母・子・祖父・祖母 (その他)				
最近発熱、あるいは体調の悪い方と接しましたか？					
はい			いいえ		
その他、何か思い当たることがありましたら、ご記入ください。					
<支払方法> 現金・クレジットカード・交通系ICカード・Quick Pay・Apple Pay・iD・Pay Pay・LINE Pay・d払い・au Pay-					

※感染症法に基づき陽性になった場合は、自費・公費に関わらず保健所へ報告させていただきます。