

発熱外来問診票

お名前（ふりがな）	
お名前（漢字）	
生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日
住所（郵便番号）	
住所	
携帯番号	
電話番号	
メールアドレス	
職業	

発熱はいつからですか	月 日 時ごろ	最高 °C
過去14日以内の渡航歴	なし	あり
ご家族の発熱	なし	あり
お仕事場での感染症患者の有無	なし	あり
過去14日以内の会食等 (3密の機会)	なし	あり

その他の症状に○をしてください

せき・たん	倦怠感（だるさ）	呼吸が苦しい	味覚・嗅覚の異常
のどの痛み	頭痛	鼻水	
その他			
上記症状はいつからですか			

既往歴

高血圧	高脂血症	糖尿病	
呼吸器疾患	肝臓病	心臓病	じん臓病
その他			

お支払い 現金 カード 交通系カード PAYPAY

当院記入欄 ID BT SPO₂