

ID

内科 発熱外来問診票

記入日 令和 年 月 日

お名前 \_\_\_\_\_ 来院時体温 \_\_\_\_\_ °C

本日の緊急連絡先 TEL: \_\_\_\_\_

●24時間以内に、37.5°C以上の発熱はありますか？（いいえ・はい） 最高 \_\_\_\_\_ °C

●ご家族や周りで、体調不良の方はおられますか？（いいえ・はい）

●ご家族や周りで、新型コロナの感染を強く疑われる方あるいは感染者の方はおられますか？  
（いいえ・はい）

●最近、多人数での会食やイベントなどに参加される機会がありましたか？（いいえ・はい）

●コロナワクチンの接種履歴はありますか？

1回目（ 月 日）2回目（ 月 日）3回目（ 月 日）

●女性の方へ→現在、妊娠されていますか？（いいえ・はい）

再診の方は以下の質問にもお答えください。

●本日はどうされましたか？（いつから、どんな症状があるかお答えください）

( )

ご記入ありがとうございました。書き終わりましたら受付に声をおかけ下さい。