

ID

## 内科 再診問診票

記入日 令和 年 月 日

お名前 \_\_\_\_\_ 体温 \_\_\_\_\_ °C

TEL \_\_\_\_\_

- 本日はどうされましたか？（いつからどんな症状かご記入ください）

( )

- 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）
- 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、新型コロナやインフルエンザ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 → コロナ・インフルエンザ）
- 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）
- 女性の方へ→現在、妊娠されていますか？（いいえ・はい）

ご記入ありがとうございました。書き終わりましたらスタッフに声をおかけ下さい。