

ID

# 内科 問診票

記入日： 令和 年 月 日

お名前 \_\_\_\_\_

体温 \_\_\_\_\_℃

TEL \_\_\_\_\_

●24時間以内に、37.5℃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）

●本日はどうされましたか？

いつからどんな症状があるか、簡単にご記入下さい。

[ \_\_\_\_\_ ]