問診票		
（カタカナ）		年齢
氏名		歳
連絡先	自宅・携帯（父・母・本人）　　－　　－	

現在の症状にあてはまる項目に☑をして下さい。	
現在の体温　　（　　℃）	
□　息苦しさがある	□　痰が出る
□　強いだるさがある	□　鼻水・鼻詰まり
□　咳が出る	□　頭が痛い
□　味覚異常がある	□　体が痛い
□　嗅覚異常がある	□　吐き気がする
□　のどが痛い	
いつから上記の症状がありますか　→　　月　　日から	

下記の質問にお答えください。	
①２週間以内に、お子さんが通っている保育園・学校等で新型コロナウイルス感染症の方の情報はありますか？	→　はい　・　いいえ
（①はいの場合）お子さんは濃厚接触者ですか？	→　はい　・　いいえ
②２週間以内に、同居者に感冒様症状（熱、咳、鼻水、倦怠感等）、味覚症状がある方はいますか？	→　はい　・　いいえ
（②はいの場合） →どなたですか？　（　　） →新型コロナウイルス感染症の検査（ＰＣＲ検査）を受けましたか？ ・はい【検査日（　　/　　）・結果　（陰性・陽性・結果待ち）】 ・いいえ	
③２週間以内に、同居者の職場で新型コロナウイルス感染陽性あるいは検査中の方はいますか？	→　はい　・　いいえ
（③はいの場合）同居者は濃厚接触者ですか？	→　はい　・　いいえ
④コロナワクチンの予防接種は接種済みですか？	→　はい　１回目（　/　） ２回目（　/　）
	いいえ

ご記入ありがとうございました。受付にお渡しください。

医事課記入欄

※カルテID【　　】･SPO2【　　%】