

新型コロナウイルス感染症に関する問診票

氏名： _____ 年齢 _____ 歳

基礎疾患のある方は○印： 肺 ・ 心臓 ・ 腎臓 ・ 糖尿病

以下の項目をチェックして下さい。

カゼ症状での受診日	月 日	月 日	月 日
受診日の体温	°C	°C	°C
せきが出る	いいえ・はい	いいえ・はい	いいえ・はい
強いだるさや息苦しさがある	いいえ・はい	いいえ・はい	いいえ・はい
味覚・嗅覚に異常がある	いいえ・はい	いいえ・はい	いいえ・はい
2週間以内に居酒屋・カラオケ・ライブ・ジムを利用した。	いいえ・はい	いいえ・はい	いいえ・はい
2週間以内に10人以上の会合やイベントに参加した。	いいえ・はい	いいえ・はい	いいえ・はい
同居者が発熱や風邪症状がある	いいえ・はい	いいえ・はい	いいえ・はい
ご自身や同居者の勤務先・学校で2週間以内にコロナ感染者がいる。	いいえ・はい	いいえ・はい	いいえ・はい
のどの痛み・たんがでる。	いいえ・はい	いいえ・はい	いいえ・はい
腹痛・下痢・嘔吐がある。	いいえ・はい	いいえ・はい	いいえ・はい
頭痛がある	いいえ・はい	いいえ・はい	いいえ・はい
その他の症状			

※連絡先 携帯番号： _____

※お車NO： _____

コロナワクチン接種回数 _____ 回 最終接種日： 令和 _____ 年 _____ 月

ワクチンメーカーに○印 _____ ファイザー ・ モデルナ

クリニック使用欄

車	車	車
外ベンチ	外ベンチ	外ベンチ
風徐室	風徐室	風徐室
ケアルーム	ケアルーム	ケアルーム
待合室・2診	待合室・2診	待合室・2診