インフルエンザ、新型コロナの問診

Date	
ID	

① 半年以内にかかりましたか

インフルエンザ　なし　・　あり
新型コロナ　なし　・　あり

② かかっている方が身近にいましたか

インフルエンザ
なし　・　あり（場所など：　　）
新型コロナ
なし　・　あり（場所など：　　）

③ 今回の症状に対して当院以外で検査を行いましたか（自宅を含む）

インフルエンザ
なし　・　あり　[いつ：　　、どこで：　　]
新型コロナ
なし　・　あり　[いつ：　　、どこで：　　]

④ 下記の中で当てはまる症状があれば丸でかこってください（複数可、本日は０日）

発熱（　　日前から、最高[　　]度）　咳（　　日前から）
のどの痛み（　　日前から）　鼻水（　　日前から）、
吐き気（　　日前から）　下痢（　　日前から）

名前：＿＿＿＿＿＿＿＿　体温：＿＿＿度　体重：＿＿＿ｋｇ

妊娠中ですか（女性の方のみ）：いいえ　・　はい

お待ちいただく間に連絡のとれる携帯番号：＿＿＿＿＿＿＿＿

インフルエンザ、新型コロナの問診

Date	
ID	

① 半年以内にかかりましたか

インフルエンザ　なし　・　あり
新型コロナ　なし　・　あり

② かかっている方が身近にいましたか

インフルエンザ
なし　・　あり（場所など：　　）
新型コロナ
なし　・　あり（場所など：　　）

③ 今回の症状に対して当院以外で検査を行いましたか（自宅を含む）

インフルエンザ
なし　・　あり　[いつ：　　、どこで：　　]
新型コロナ
なし　・　あり　[いつ：　　、どこで：　　]

④ 下記の中で当てはまる症状があれば丸でかこってください（複数可、本日は０日）

発熱（　　日前から、最高[　　]度）　咳（　　日前から）
のどの痛み（　　日前から）　鼻水（　　日前から）、
吐き気（　　日前から）　下痢（　　日前から）

名前：＿＿＿＿＿＿＿＿　体温：＿＿＿度　体重：＿＿＿ｋｇ

妊娠中ですか（女性の方のみ）：いいえ　・　はい

お待ちいただく間に連絡のとれる携帯番号：＿＿＿＿＿＿＿＿