

インフルエンザ、新型コロナの間診

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: _____ k g

妊娠中ですか(女性の方のみ): いいえ ・ はい
(出産予定日 _____ 年 _____ 月 _____ 日)

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、新型コロナの間診

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: _____ k g

妊娠中ですか(女性の方のみ): いいえ ・ はい
(出産予定日 _____ 年 _____ 月 _____ 日)

お待ちいただく間に連絡のとれる携帯番号: _____