

# コロナウィルス感染症に関する受診日問診票

患者様に安心と安全な医療を提供するための問診票です。  
ご理解とご協力をお願いいたします。

記入日

体温

℃

以下の質問の（はい・いいえ）のどちらかを○で囲んでください。				いつからですか
1	37.5度以上の発熱がある	いいえ	はい	
2	強いだるさ（倦怠感）や息苦しさがある	いいえ	はい	
3	のどの痛みがある	いいえ	はい	
4	咳がある	いいえ	はい	
5	臭いがわかりにくい	いいえ	はい	
6	味がわかりにくい	いいえ	はい	
7	基礎疾患（糖尿病や気管支喘息、慢性気管支炎など）や、免疫異常がある	いいえ	はい	
8	新型コロナウイルス感染者、またはその疑いのある人と接触したことがある	いいえ	はい	
9	新型コロナウイルス（COVID-19）感染陽性と診断されたことがある	いいえ	はい	

氏名

<再初診の方へ>

いつからですか？

どのような症状ですか？

現在服用中の薬はありますか？