発熱・かぜ症状患者　問　診　票

受付番号

記入日　　　　　年　　　　月　　　　日　　　　時　　　　分

お名前　　　　　　　　　　　　　　 　　生年月日　　　　　年　　　　月　　　　日　　　　　歳　　男　・　女

受診ID（あれば）　　　　　　　　　　　　住所　　　　　　　　　　　　　　　　携帯番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　車種・色・ナンバー　　　　　　　　　　　　　現在の体温　　　　　　　　℃

1．発熱はいつからですか（　　　月　　　日～）

2．かぜ症状はいつからですか（　　　月　　　日～）

3．以下の症状で該当するものにチェックしてください

□ 強いだるさ（　　　月　　　日～）　　□　においが分からない・わかりにくい　（　　　月　　　日～）

□　味が分からない・わかりにくい　（　　　月　　　日～）

4．本日から２週間以内に浜田市以外に行った、または滞在していましたか

□なし　　　　□あり　　行先・滞在地（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

5．本日から２週間以内にマスクを外す場所や行動されましたか（会食・カラオケなど）

　　　□なし　　　　□あり　　行先・イベント名（　　 月　　 日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

6．上記4．5．に該当する人と接触がありましたか？　　　　　□なし　　　　　□あり

付き添いの方へ記入・チェックをお願いします

患者とのご関係（　　　　　　　　　　　）

□発熱やかぜ症状はない

□本日から２週間以内に県外に行っていない

□本日から２週間以内にマスクを外す場所や行動をしていない（会食・カラオケなど）

★チェックに該当時は、付き添いをお断りする場合があります

2021年5月作成　６月改訂