

受付番号

問診票（発熱患者・ER用）2021.11.15～

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 _____ °C

1. 現在の症状（どちらかに○をしてください）

- | | | | |
|-------------------|-----|----|---------|
| 1) 発熱がある（37.5℃以上） | いいえ | はい | (月 日～) |
| 2) 咳がある | いいえ | はい | (月 日～) |
| 3) のどの痛みがある | いいえ | はい | (月 日～) |
| 4) 鼻水がでる | いいえ | はい | (月 日～) |
| 5) 頭痛がある | いいえ | はい | (月 日～) |
| 6) 味やにおいがわかりづらい | いいえ | はい | (月 日～) |

2. 過去2週間以内に県内外問わず多数の人が集まる場所やイベントに行きましたか

いいえ はい (場所・イベント名: _____)

3. 過去2週間以内に新型コロナウイルス感染症患者の接触者と言われましたか

いいえ はい

4. 新型コロナワクチン接種をしていますか

いいえ はい (・1回目 月ごろ 2回目 月ごろ ・不明)

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

過去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）

★場合によっては付き添いをお断りする場合があります