

発熱外来 問診票

受診日： 令和 年 月 日

お名前： _____ (ご年齢 歳)

身長 _____ cm 体重 _____ kg (お薬を処方するのに必要な場合があります)

	質問	回答	
1	体温は何度ですか？	℃	
2	のどの痛みはありますか？	はい	いいえ
3	倦怠感(強いだるさ)はありますか？	はい	いいえ
4	呼吸困難(息苦しさ)はありますか？	はい	いいえ
5	咳はでますか？	はい	いいえ
6	痰はでますか？	はい	いいえ
7	味覚や嗅覚の異常はありますか？	はい	いいえ
8	1~7の症状は、いつ頃かみられましたか？		
9	2週間以内に、新型コロナウイルス陽性者、またはその疑いのある者と接触しましたか？	はい	いいえ
10	上記以外に気になる症状がある方はご記入ください。		

ご協力ありがとうございました

菊地内科医院

(医療機関使用欄)

Spo2:

PR: