

ID:

発熱・問診表ver.16

2026年 月 日

えんぴつでご記入ください

氏名：

生年月日: 年 月 日

・来院手段： 自家用車・その他（ ）

・自家用車の場合、車種/色/ナンバー()

症状についてお答えください

医院記入欄	KT:	SpO2:
-------	-----	-------

(あり・なし に○を付けてください)

・発熱	あり (月 日頃から)	・なし
	(最高 °C)	

・呼吸苦 あり（ 月 日頃から） ・なし

・咳 あり（ 月 日頃から） ・なし

・痰 あり（ 月 日頃から） ・なし

・鼻汁 あり（ 月 日頃から） ・なし

・喉の痛み あり（ 月 日頃から） ・なし

・倦怠感(ダルさ) あり (月 日頃から) ・なし

・関節や体の痛み あり（ 月 日頃から） ・なし

・頭痛 あり (月 日頃から) ・なし

・吐き気や下痢 あり（ 月 日頃から） ・なし

・味覚や臭覚の障害 あり（ 月 日頃から） ・なし

・家族や職場に新型コロナの感染 あり（関係 ） ・なし

・家族や職場にインフルエンザの感染 ☒ あり（関係 ☐ ） ☐ なし

・必要に応じてコロナまたはインフルの検査を希望されますか はい いいえ

当院では現在、PCR検査を行っておりません。抗原抗体検査（鼻咽頭）となります。

・その他、心配な事はございますか？

$$\left(\begin{array}{c} \text{ } \end{array} \right)$$

・車内で待機していただく場合の連絡手段として、携帯電話の番号をご記載ください

携帯電話番号:

ご協力、ありがとうございました

加藤クリニック