

紹介患者様用

発熱・カゼ症状 問診票 (記入日:令和 年 月 日)

氏名(カナ): _____ 生年月日: _____年 _____月 _____日

●同伴者: あり・なし ●来院方法: 徒歩・自転車・バイク・自家用車・その他()

●移動手段: 歩行可能・車椅子(自力移乗 可 不可)・ストレッチャー

既往歴についてお伺いします。

①過去3ヶ月以内に新型コロナウイルス感染症にかかったことがありますか？

・いいえ ・はい(いつ: _____年 _____月 _____日)

1週間以内の出来事についてお伺いします。

②新型コロナウイルス感染症の方と接触したことがありますか？

・いいえ ・はい(いつ: _____月 _____日)

症状についてお伺いします。

③「発熱」がありますか？

・いいえ ・はい()度、()日前から

④「解熱剤」は服用していますか？

・いいえ ・はい(いつ: _____月 _____日)

⑤「せき」、「息切れ」がありますか？

・いいえ ・はい(いつ: _____月 _____日)

⑥「のどの痛み」がありますか？

・いいえ ・はい(いつ: _____月 _____日)

※ご記入の上、予約日にお持ちください※

※予約日の1週間前から予約日までに上記に該当があれば《086-225-2111》へお電話ください※