

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ふりがな

お名前： _____ 年齢： _____ 歳 性別 男・女

身長 _____ cm 体重： _____ kg 来院時体温： _____ °C

今日はどのようなことで来院されましたか？ _____

年 _____ 月 _____ 日 ごろから

- ・ ご本人以外で、発熱のある、または数日以内に発熱があった家族がいますか？ (はい ・ いいえ)
- ・ 新型コロナウイルスの感染者および濃厚接触の方との接触がありましたか？ (はい ・ いいえ)
- ・ 新型コロナウイルスのワクチン接種はしていますか？ (回 済 ・ いいえ)
- ・ 新型コロナウイルス感染症に罹患したことがありますか？ (はい ・ いいえ)

※代理の方がご記入された場合は→ 問診票記入者： _____ (続柄： _____)