

来院方法 車 その他

発熱患者問診票

令和 年 月 日

フリガナ

氏名 (男・女) 生年月日 年 月 日 ( 歳)

住所 〒

電話番号 自宅: ( ) 携帯電話: ( )

勤務先・学校・保育園・幼稚園名等

1 症状を教えてください。 【体温 °C】  
発熱(最高体温 °C) 咳 鼻水 のどの痛み 嘔吐 下痢 頭痛 その他( )

2 症状はいつからありますか? ( 月 日から)

3 周囲に新型コロナウイルス感染症と診断された方はいますか?  
いない いる( 家族 学校・保育園 その他 [ ] )

4 (お車で来院の方のみ) お車について教えてください  
車種・色( )ナンバー( )

※ この問診票を参考に診察を行います。インフルエンザ検査や新型コロナウイルス検査については必要があると医師が判断したときのみ行いますのでご了承ください。

おぎそ小児科医院 院長