

発熱外来問診票

フリガナ			生年月日
氏名		男・女	大・昭 平・令 年 月 日
住所 (保険証記載と異なる方のみ)	〒 -		
電話番号	(連絡のとりやすい番号)		
最終の体温 (°C)	薬アレルギー なし・あり()		
かぜの症状はありますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 下痢)			

(クリニック使用欄) ※以下のご記入は不要です	
コロナ抗原 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性	インフルエンザ抗原 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> A陽性 <input type="checkbox"/> B陽性