

【発熱患者問診票】

年 月 日 ()

- 当院に定期的に受診されていますか いいえ ・ はい ()

氏名	(男 女)	生年 月日	年 齢
ID	携帯番号 結果連絡先		
車種・色	施設		

【主な症状】

- 発熱 °C _____
- 咽頭痛 _____
- 咳・痰 _____
- 鼻水 _____

【感染リスク情報】

- 陽性者と接触あり _____
- 自主検査 (陰性・陽性) _____

【既往歴】

処方希望	なし ・ あり (<input type="checkbox"/> アレルギー →	<input type="checkbox"/> 妊娠)
------	-----------	-------------------------------------	-------------------------------

下段は当院記入事項

来院時 バイタル	T : _____	Spo ² : _____	P : _____
検査項目	インフル抗原 ・ コロナ抗原 ・ PCR ・ NEAR		
対応時間	来院時間 : _____	→	帰宅時間 : _____