

【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 _____ : _____