

予診票

氏名	
受診日	月 日
受診科	初診 ・ 再診
体温	°C

A) 過去 2 週間以内に「新たに出現した」または「強くなった症状」

発熱 (37.5°C以上) _____ 日～ _____ 日 最高体温 _____ °C

発熱に対し解熱剤使用 _____ 日～ _____ 日

咽頭痛 _____ 日～ _____ 日

咳嗽 _____ 日～ _____ 日

息切れ _____ 日～ _____ 日

倦怠感 _____ 日～ _____ 日

臭覚・味覚異常 _____ 日～ _____ 日

B) 新型コロナウイルス患者との接触 (同居・飲食・職場が同じ等)

があり、保健所から自宅待機を指示されている

なし あり

C) 過去 3 か月以内に新型コロナウイルス感染症と診断された

なし あり

* 「あり」と回答された方 (いつですか _____ 月 _____ 日頃)

職員記入欄

看護師確認

入力者確認