新型コロナウイルス感染症の予診票

※太枠内にご記入またはチェック☑を入れてください。

住民票に記載されている住所	都道府県　　市区町村				
フリガナ 氏　名		電話番号	（　　） －	普段の体温（平熱）	□□ 度 □ 分
生年月日（西暦）	□□□□ 年 □□ 月 □□ 日生（満 □□□ 歳）		□男・□女	診察前の体温	□□ 度 □ 分

質問事項	回答欄		医師記入欄
今日、体に具合が悪いところがありますか。 □発熱（37.0℃以上ある）　□咽頭痛　□咳　□息苦しさ　□体のだるさ　□味覚異常 味覚異常がある場合、いつからありますか？（　　）	□ はい	□ いいえ	
本日、解熱剤等のお薬を希望されますか？ 希望される場合、現在の体重をご記入ください。□□□ kg	□ はい	□ いいえ	
希望される場合、薬や食品などで、重いアレルギー症状（アナフィラキシーなど）を起こしたことがありますか。 薬・食品など原因になったもの（　　）	□ はい	□ いいえ	
新型コロナウイルスに感染した方と濃厚接触した可能性がありますか？	□ はい	□ いいえ	
その方は同居している人ですか？	□ はい	□ いいえ	
その方と長時間同じ車に同乗していましたか？	□ はい	□ いいえ	
その方とマスクなしで 15 分以上、1 メートル以内で接触がありましたか？	□ はい	□ いいえ	
新型コロナウイルス予防接種を実施しましたか？ □1 回　□2 回　□3 回	□ はい	□ いいえ	