# 問診票（風邪症状がある方）

| | | |
|---|---|---|
| ふりがな | | 歳 |
| お名前 | | 未成年の場合<br>保護者氏名 |
| 電話番号 | つながりやすい電話番号（なるべく携帯電話）をご記入ください。 | |
| ご住所 | 〒 | |
| 今日は　徒歩 ・ 自転車 ・ その他 ・ 車の場合 → | 車種　（　　）<br>色　（　　）<br>ナンバー（　　） | |

| |
|---|
| 最初に症状が出た日はいつですか。 |
| 月　　日（　　） |

| | |
|---|---|
| あてはまる症状に〇つけて下さい。 | |
| 咳　のどの痛み　痰　鼻水　頭痛　関節痛<br>腹痛　下痢　嘔吐　その他(　　) | |
| 一番高い熱　　月　　日　　℃ | 院内計測　　℃ |

※周りにインフルエンザ･コロナ･その他感染症の方はいますか？　有 ・ 無

有の場合(　　)

･中学生以下の方（体重　　kg）

･女性の方（妊娠の可能性　有 ・ 無 ）（授乳　有 ・ 無 ）