

問診票 (下記の項目について記入もしくは○をつけてください)

No. _____

【 環境 】

名前: _____

- ・ 家庭内・周囲(保育園・学校・職場)で風邪症状のある人やコロナ濃厚接触者がいるか？
(ない / ある)
- ・ 三密の環境にいたことがあるか？
(ない / ある)
- ・ 二週間以内の渡航歴があるか？
(ない / ある (_____))
- ・ ワクチン接種の有無
(1回目 月 日 / ファイザー・モデルナ・その他)
(2回目 月 日 / ファイザー・モデルナ・その他)

【 症状 】 (_____ 日前から)

発熱 (_____ °C (最高体温: _____ °C / 月 日))

咽頭痛 (なし / あり)

咳 (なし / あり)

痰 (なし / あり)

息苦しさ (なし / あり)

だるさ (なし / あり)

味 (わかる / わからない)

におい (わかる / わからない)

その他 (頭痛 吐気/嘔吐 下痢 結膜炎)

当院での所見

体温	Spo ²	脈拍
°C	%	回

さくら耳鼻咽喉科クリニック
院長 加賀田 博子
TEL:03-5654-3387