

新型コロナウイルス感染症 問診票

受診日

氏名	(本人・付添い)			
生年月日	大・昭 平・令	年	月	日生(歳)
体温(来院時)				
2週間以内の症状確認				
37.5以上の発熱	なし	・	あり	
咳などの風邪症状	なし	・	あり	
強い倦怠感	なし	・	あり	
味覚・嗅覚障害	なし	・	あり	
濃厚接触 (コロナ感染者と)	なし	・	あり	
PCR検査歴	なし	・	あり (検査日: 結果)	

ご協力ありがとうございました

寺田病院