

【問診票】

月 日	
体温： ℃ 血圧： / mmHg 脈拍： 回/分 SpO2： %	
氏名：	連絡先：
生年月日：	年齢： 体重： Kg
・発熱 ・咳 ・痰 ・鼻水 ・咽頭痛 ・嘔気 ・嘔吐 ・頭痛 ・関節痛 ・全身倦怠感 ・腹痛 ・下痢 ・水分、食事	
現在治療中の病気	
家族で同じ症状の方や陽性者の有無	
抗原検査の実施の有無	コロナ いつ： 抗原（ ） 画像 あり・なし インフル いつ： 抗原（ ） 画像 あり・なし
コロナ・インフルの感染歴	
連絡時間 : 来所時間 : 待合 診療所の抗原検査 ・インフルエンザ ・コロナウィルス ・希望なし	