

- ・次回受診時、入口での問診時間短縮のため、来院日に記入しご持参ください。
- ・来院時には不織布マスクを着用してください。

外来受診 問診票

受診科：内科,外科,整形

小児,眼科,脳外,泌尿器

皮膚科,健診,医事係

名 前

年齢

才

自宅での体温

℃

現在の体温

℃

受診日 R 年 月 日

質問事項	回答欄		記入欄
<行動歴>			いつ、どこへ
1. 2週間以内に海外・県外へ出かけた。	いいえ	はい	()
2. 2週間以内に3密(密閉・密集・密接)となる場所へ出かけた。	いいえ	はい	いつ、どこへ ()
3. 周囲に新型コロナウイルス陽性と診断されたものがある。	いいえ	はい	
4. 周囲に濃厚接触者/接触者と診断されたものがある。	いいえ	はい	
<症状> *2週間以内に以下の症状がありましたか。			いつ、最高体温
5. 37.5℃以上の発熱がある。(15歳未満は38.0℃以上)	いいえ	はい	()
6. 2日以上 息が苦しい。	いいえ	はい	
7. のどの痛みがある。	いいえ	はい	
8. 咳・たんが出る。	いいえ	はい	
9. 食欲がない。	いいえ	はい	
10. 味や匂いがわからない。	いいえ	はい	
11. 2日以上 体がだるくてつらい。	いいえ	はい	
12. 頭が痛い。	いいえ	はい	
13. 関節が痛い。	いいえ	はい	
14. 同居の家族 又は付添いの方(2名まで)が、 上記に当てはまりますか。 はいの場合 (内容)	いいえ	はい	付き添い者 名前 付き添い者 体温 自宅の体温 現在の体温 ℃ ℃
15. コロナワクチン接種は済んでいますか。	いいえ	()	回
16. その他 気になることがあればお書きください。			

問診確認者

韮崎市立病院