発熱（新型コロナ）問診票

問診日：　　年　　月　　日　　時　　分

フリガナ						性別	
名前						□男　□女	
生年月日	年　　月　　日　（　　歳）						
住所	〒						
携帯番号							

☆30分前から水以外は飲食不可・禁煙☆

症状 （発症日）				
現在の体温		SPO_2		
その他症状	□咽頭痛　□咳　□痰　□鼻汁　□味覚障害　□寒気　□吐気 □嗅覚障害　□倦怠感　□関節痛　□頭痛　□腹痛　□下痢 □その他（　　）			
コロナ感染者との 二週間以内の濃厚接触	□あり　・接触日：　　月　　日頃 ・関係：		□　なし	
二週間以内の三密に 該当する場所での 15分間以上の滞在	□あり　・場所： ・滞在日：　　月　　日頃		□　なし	
自家用車	色		ナンバー	