陽だまりの丘なかむら内科　発熱・感冒症状用 問診票

令和　　年　　月　　日 記入

ふりがな お名前	生年月日 大・昭・平　　年　　月　　日 （　　）歳	性別 男・女	体温 ℃

分かる範囲、記載できる範囲で、以下の質問にお答えください。

1．以下の症状で当てはまる症状にチェックをつけて下さい。（複数チェック 可）

□ 発熱（最高　　℃）　□ 関節・筋肉の痛み　□ からだがだるい　□ 食欲がない

□ 頭痛　□ のどの痛み　□ 鼻水・鼻づまり　□ せき・たん　□ 息苦しさ

□ 腹痛　□ 吐き気・吐く　□ 下痢　□ ふらつき　□ 発疹

□ その他（　　）

2．嗅覚（におい）、味覚（あじ）が分かりにくいですか？　（ はい ・ いいえ ）

3．上記の症状は、いつ頃から続いていますか？　（　　）

4．過去 14 日以内に東京、大阪や名古屋など、新型コロナ感染症が多く発生している地域に出かけましたか？　（ はい ・ いいえ ）

5．過去 14 日以内に東京、大阪や名古屋など、新型コロナ感染症が多く発生している地域の方と会われましたか？　（ はい ・ いいえ ）

6．同居の方や職場（同部署）で、過去 14 日以内に発熱などの感冒症状や味覚・嗅覚異常のある方がいましたか？　（ はい ・ いいえ ）

7．　同居の方や職場（同部署）で、過去 14 日以内に東京、大阪や名古屋など、新型コロナ感染症が多く発生している地域に行った方はいますか？　（ はい ・ いいえ ）

ご協力ありがとうございました。