年　月　日

発熱等問診票

□待機場所　（　車：・病院前・　第２、プレハブ：　Ａ・Ｂ　）
□保険証確認
□ＳＰＯ2（　　％）

フリガナ
あなたの名前　　男・女（　　才）　　年　　月　　日生

住所
（北名古屋市・清須市・豊山町）　　・変更なし

携帯電話　（　　）　　－　　・　持っていない

１．現在の体温　（　　／　　：　　家　・　玄関　　℃）

２．いつからどのような症状がありますか？
いつ　　月　　日（　　）　　頃から
咳　・　のどの痛み　・　息が苦しい　・　全身倦怠感　・　関節が痛い　・　頭痛
その他（　　）

３．まわりに同じ症状の人や、感冒症状など、体調不良の方がみえましたか？
いいえ
はい　（　いつ頃　　月　　日　：　家族　・　職場　・　友人　）

4．持病はありますか？
なし　・　あり　：高血圧　・　糖尿病　・　心臓の病気　・　腎臓の病気　・　透析している
慢性閉塞性肺疾患（COPD）　・　喘息　・　脂質異常症　・　悪性腫瘍
その他（　　）

5．アレルギーはありますか？
なし　・　あり（薬・　　食べ物　　その他　　）

6．女性の方は、こちらもご記入ください。
今、妊娠していますか？（ している・　しているかもしれない　・　していない　）