

問診票

初・再 ID :

		受診日	年 月 日
お名前	ふりがな	生年月日	大正
	男・女		昭和
ご住所		お電話	才
〒		<input type="checkbox"/> 自宅	年 月 生
		<input type="checkbox"/> 携帯	
お勤め先		体温	現在 ℃

コロナPCR実施日 年 月 日 陽性判定日 月 日

待機開始日 月 日 待機終了日 月 日

1. 待機中の健康状態について

発熱 月 日 (℃) 月 日 (℃) 月 日 (℃)

せき 月 日 月 日 月 日

鼻水 月 日 月 日 月 日

倦怠感 月 日 月 日 月 日

咽頭痛 月 日 月 日 月 日

息苦しい 月 日 月 日 月 日

その他 月 日～ 症状

2. 現在の健康状態について

- 倦怠感 疲労感 味覚・嗅覚障害 激しい咳や痰 息苦しい・呼吸困難
- 動悸 めまい 長期にわたる下痢・腹痛 四肢の感覚低下
- 脱毛 爪の変形 関節痛 頭痛 不眠
- 頭がぼんやりして霧(もや)がかかったような感じ 耳鳴り

3. その他何か気になることがございましたらご記入下さい。