

外来質問票（患者さん用）

※診察前の体調を下記に記入してご持参ください。

1. 1週間以内に下記に該当するものがありましたか。 あり なし

「あり」の方は該当するものにすべてチェックをしてください。

新型コロナウイルス陽性と診断された（診断日： 月 日）

もしくは以下のような症状がある

37.5℃以上の発熱

最高体温（ °C）、期間（ 月 日から 日間）

のどが痛い・せきや痰など風邪の症状がある

そのほかの風邪症状がある（ ）

2. 5日以内に新型コロナウイルスに感染している方と下記のような接触がありましたか。 あり なし

「あり」の方は該当するものにすべてチェックをしてください。

家庭内で同居

お互いにマスクなしで、手が触れるくらいの距離で15分以上会話した
（一緒に食事など）

3. 過去に新型コロナウイルスにかかったことがありますか。 はい いいえ

「はい」の方は時期を記入してください。

（ 年 月 ごろ ）

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

受診日の体温 _____ °C

患者氏名 _____