

発熱外来用初診時間診票 記入日 年 月 日

名前() 性別 男・女

年齢() 歳 体重()kg

いつからどのような症状があるのかご記入ください。

①発熱 あり・なし 月 日から

②咳 あり・なし 月 日から

③痰 あり・なし 月 日から

④咽頭痛 あり・なし 月 日から

⑤頭痛 あり・なし 月 日から

⑥鼻水 あり・なし 月 日から

⑦その他の症状()

⑧現在もある症状()

⑨アレルギー あり()・なし

⑩希望検査 インフルエンザ検査 希望あり・なし

結果 + -

コロナ抗原検査 希望 あり・なし

結果 + -