

鶴見東口やはらクリニック 発熱問診票

フリガナ
お名前

生年月日
年 月 日

住所

電話番号（携帯電話）

① ②

① いつからどのような症状がありますか？

いつから： 熱： °C

症状： のどの痛み 咳 倦怠感 鼻水 頭痛
その他（ ）

② 家族にコロナ陽性の方はいますか？

誰が： いつごろ陽性：

③ 現在 治療中の病気はありますか？

なし あり→
（ ） 病院 （ ） 科

④お薬について

・現在、内服しているお薬はありますか？

なし ある→お薬名（ ）

・お薬のアレルギーはありますか？

なし ある→お薬名（ ）

⑤コロナワクチン接種歴 無

有 1回目 R 年 月 モデ・ファイ・ノバ 2回目 R 年 月 モデ・ファイ・ノバ
3回目 R 年 月 モデ・ファイ・ノバ 4回目 R 年 月 モデ・ファイ・ノバ

⑥妊娠・授乳 有・無

⑦海外渡航歴 有・無

⑧感染者との濃厚接触歴 有・無

ここまでご記入ありがとうございました

看護師記入欄

バイタルサイン

BT

Sat

P

鶴見東口やはらクリニック 045-642-3710