

## 問診票

会社名 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_

来院日 令和 年 月 日

○ どこから来院されましたか

都道  
府県

市町  
村

○ 体温はいくらですか。(当方で計測させていただきます。)

\_\_\_\_\_ 度

○ 咳やくしゃみ等の感冒症状がありますか。

ある      なし

○ 強い倦怠感や息苦しさがありますか。

ある      なし

○ 味覚（あじ）や嗅覚（におい）の異常がありますか。

ある      なし

○ 長引く下痢等、他の症状がありますか。

ある      なし

○ あなたの周囲に体調不良の方はおられますか。

いる      いない

↓

「いる」方は、誰が ( )

症状 ( )