

問診票

記入日：令和 年 月 日

体温： 度

フリガナ

<お名前>

<生年月日> 昭和・平成・令和 年 月 日

- | | | |
|--|----|-----|
| * 37.3度以上の熱がある | はい | いいえ |
| * 風邪に似た症状がある
(喉の痛みや関節の痛みなど) | はい | いいえ |
| * 強いだるさ(倦怠感)や
息苦しさ(呼吸困難)がある | はい | いいえ |
| * 味覚、嗅覚に異常がある | はい | いいえ |
| * 2週間以内に海外への渡航歴がある | はい | いいえ |
| * 新型コロナウイルス感染者、
またはその疑いがあるものと接触がある | はい | いいえ |
| * 近親者で体調の悪い人がいる | はい | いいえ |
| * COVID-19感染症の検査を受けた、
または陽性と判断された事がある | はい | いいえ |



ご回答、ご協力ありがとうございました。

すももデンタルクリニック