

返信を希望される FAX 番号をご記入下さい。

→ FAX: \_\_\_\_\_

( 健診当日 問診票 )

新型コロナウイルス感染症対策のため、健診を受けられる方に当日の体調をお伺いするためご記入をお願いしております。以下の項目について、該当項目にチェックした後、健診当日 9:30 までに FAX (045-475-1560) へ送信下さいますようお願いいたします。

受診者名: \_\_\_\_\_ (男・女) 年齢 \_\_\_\_\_ 歳 S・H \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生

健診当日の体温: \_\_\_\_\_ °C

1. 接触歴

● 新型コロナウイルス感染症確定患者との接触歴

- なし  
 あり (最終接触日: \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日)

2. 症状

● 発熱

- なし  
 あり (発熱期間: \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ~ \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日)  
 解熱剤の使用 あり・なし

● 呼吸器症状 ( なし ・ あり )

- 咳 ( \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から )  
 のどの痛み ( \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から )  
 呼吸困難感 ( \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から )  
 鼻水 ( \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から )  
 味覚・嗅覚の異常 ( \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から )

● その他の症状 ( なし ・ あり )

- 強い倦怠感 ( \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から )  
 筋肉痛・関節痛 ( \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から )  
 下痢 ( \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から )  
 頭痛 ( \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から )  
 吐き気・嘔吐 ( \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から )  
 食欲低下 ( \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から )  
 その他:

ご記入ありがとうございました。当院で確認次第、速やかに返信させていただきます。

【 当院記入、返信欄 】

以上の問診の結果、本日の健診は ( \_\_\_\_\_ 実施できる ・ 見合わせる ) と判断します。

医療法人社団慈友会 山田内科 FAX:045-475-1560