

府中の森 土屋産婦人科 診療問診表

患者 ID		お名前	
来院日時	2020 年	月	日 時 分

	質問事項	回答欄		
1	体温( 度)	月 日から	有	無
2	咳・のどの痛みはあるか	月 日から	有	無
3	強いだるさ(倦怠感)・息苦しさはあるか	月 日から	有	無
4	くしゃみ・鼻水は出ているか	月 日から	有	無
5	におい・味がわかりにくい	月 日から	有	無
6	下痢症状	月 日から	有	無
7	嘔吐はあるか	月 日から	有	無
8	頭痛はあるか	月 日から	有	無
9	新型コロナウイルス感染症確定患者またはその疑いがある患者との濃厚接触がある 接触日 2020 年 月 日 接触した場所( ) 接触者との関係(家族・職場・知人・その他 )		有	無
10	過去 14 日以内に海外への渡航歴・居住歴がある 国名( ) 帰国日 年 月 日		有	無
11	過去 14 日以内に海外への渡航歴・居住歴がある者との濃厚接触がある		有	無
12	以下乳腺炎症状で、ご自身の症状に該当する項目にチェック☑してください <input type="checkbox"/> しこり 右 左 両方 (いつ頃から: ) <input type="checkbox"/> 痛み 右 左 両方 (いつ頃から: ) <input type="checkbox"/> 熱感 右 左 両方 (いつ頃から: ) <input type="checkbox"/> 赤み 右 左 両方 (いつ頃から: )			