

職員記入欄

院内 拭い・唾液 ----- BML 拭い・唾液	行政検査 → 濃厚者の症状	証明書	車番号
	公費	有 ・ 無 要	-----
	自費	SpO2 (%) 不要	人数
		※上記が必要 枚	
◆ 体温: °C ◆ Spo2: %			

新型コロナウイルスに感染していた場合、この問診票のデータが保健所の申告に使用されるので正確に記載して下さい。

令和 4 年 月 日

生年月日(西暦)

初診／再診 : 職業 (学校名)

フリガナ

氏 名

男 ・ 女 (満 歳)

保護者の氏名 (カタカナ)

電話番号

(この電話番号に保健所から連絡が来ます)

保護者の連絡先

住所〒

身長 c m

体重 k g

◆いつから:

◆咳 (+ / -)

◆痰 (+ / -)

◆どんな症状:

◆薬アレルギー (+ / -)

◆妊娠 (+ / -)

◆既往歴／服用薬

◆基礎疾患 (+ / -)

◆コロナワクチン接種:(有 ・ 無) メーカー:(ファイザー・モデルナ)

最終接種日 () 回目: 令和 年 月 日