

感染症に関する問診票

太枠内をご記入ください。

受診年月日	令和 年 月 日
氏 名	
問 診	該当する□にチェックをしてください。
	1. 5日以内に次の感染症の診断を受けましたか。 インフルエンザ / 感染性胃腸炎 / 麻疹(はしか) / 風疹 水痘(水ぼうそう) / その他(新型コロナウイルス感染症等)
	☐ はい
	☐ いいえ
	2. 受診日現在、下記の症状が出ていますか。
	☐ 風邪症状 ☐ 吐き気・嘔吐 ☐ のどの痛み ☐ 下痢 ☐ 体のだるさ
	☐ 症状なし
3. 同居するご家族に、上記1の事項に該当する方はいますか。	
☐ いる	
☐ いない	

※ 医療機関記入欄

当日の体温	正常 ・ 体温が高い場合（ ℃）
	健診実施可
健診実施の可否	可 ・ 不可（理由： ） 医師名：

※来院の際は、**必ずマスクの着用**をお願いします。