

指定外来問診票

氏名

住所

電話番号

—

—

携帯番号

—

—

今日はどうされましたか？

いつ頃からその症状が起きましたか？

次のような症状がありましたか？あるものに○を付けてください。

1. 熱が出た
2. 咳が出た (痰が出た)
3. 喉が痛い
4. 味がわからない
5. においがしない
6. 息苦しい (胸苦しい)
7. 吐き気がする (嘔吐した)
8. 下痢をしている