

来館者体温測定後 問診票

(令和2年 月 日 時間 :)

氏名: _____

1. 息苦しさ(呼吸困難)	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 (月 日 ~)
2. 強いだるさ(倦怠感)	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 (月 日 ~)
3. 呼吸器症症状 <input type="checkbox"/> せき <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 鼻水・鼻づまり <input type="checkbox"/> 咽頭痛	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 (月 日 ~)
4. 味や臭いが感じにくい	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 (月 日 ~)
5. 腹部症状 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 腹痛	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 (月 日 ~)
6. 食欲が低下(いつもより)	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 (月 日 ~)
7. その他 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 関節痛 <input type="checkbox"/> 筋肉痛 <input type="checkbox"/> 目の充血	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 (月 日 ~)