☆新型コロナウイルス感染症（COVID-19）トリアージ用問診票

記入日　（　　年　　月　　日）

名前　（　　）　記入者　（　　）

診察時につながる携帯番号　：

年齢（　　）体重（　　）子どもの園・学校（　　）

新型ｺﾛﾅﾜｸﾁﾝ接種回数（　0　1　2　3　4　5回）**ｲﾝﾌﾙｴﾝｻﾞ ﾜｸﾁﾝ接種**（　0　1　2　）

基礎疾患（　　）**女性の場合妊娠の有無**（有・無）

＊症状が出た日：

＊３日以内の発熱（37.5 度以上）　あり　・なし

（いつから　　最高　　現在　　）

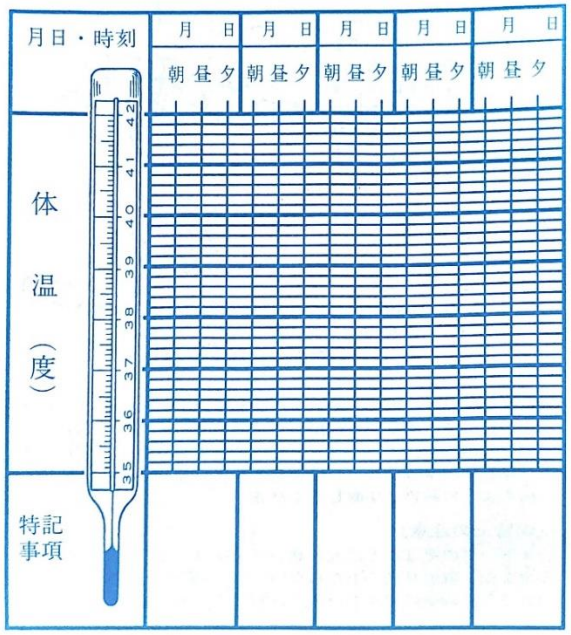
＜下記のうち症状のあるものに○をつけてください。＞

咳　呼吸の苦しさ　鼻汁　頭痛　咽頭痛　倦怠感　吐き気　嘔吐　下痢　味覚異常　嗅覚異常

発熱者　新型コロナウイルス感染症の人　濃厚接触者がいる場合

同居家族（　　）子どもの学校・塾・保育園・幼稚園、　家族の職場

過去のコロナ感染歴

来院交通手段：徒歩　自転車　車（メーカー：　　車種：　　色：　　）

車の場合　駐車場：第一駐車場１　２　３　４　５　６　７　８　９　　第２駐車場