```
日付 ( / )
問診票
ふりがな(
名 前
携带番号(
車 駐車位置 玄関を背にして 右
                  左
  色、ナンバー等(
     有
当院受診歴
発熱 有
周囲にコロナ感染者 有
              無
                  (濃厚接触者
                         有
                            無)
咳、鼻水、咽頭痛
         有
              無
嘔吐、下痢 有
          無
その他
                    日付 ( / )
問診票
ふりがな(
名 前 (
携帯番号(
車 駐車位置 玄関を背にして 右
                  左
  色、ナンバー等(
                    )
当院受診歴
     有
          無
発熱 有
       無
                  (濃厚接触者
周囲にコロナ感染者 有
              無
                         有
                            無)
咳、鼻水、咽頭痛
              無
           有
嘔吐、下痢 有
          無
その他
```