問診票　　日付（　　/　　）

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
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

問診票　　日付（　　/　　）

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
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