

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 (月 日から) 無
周囲にコロナ感染者 有 無
周囲にインフルエンザ 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 (月 日から) 無
周囲にコロナ感染者 有 無
周囲にインフルエンザ 有 無
咳、鼻水、咽頭痛 有 無
嘔吐、下痢 有 無
その他