

新型コロナ陽性者外来問診票

受診者

患者氏名					
発症月日	月	日	検査月日	月	日
最終ワクチン接種歴	回目		令和	年	月
アレルギー			妊娠の有無	有 ・ 無	
既往歴 （糖尿病・循環器疾患・腎疾患・呼吸器疾患の有無・免疫機能低下をきたす疾患の有無などを中心にお願います）					
現病歴 （熱の経過・SpO2の経過・呼吸苦の有無などを中心にお願います）					