

問診票

☆以下の項目を当日受付で確認させていただきます。

氏名

症状(3日以内)		無し	有り
体温	当日		°C
	前日		°C
	前々日		°C
熱感			
上気道症状(咳、咽頭痛)			
急な呼吸苦、息切れ			
下痢			
味覚・嗅覚の異常			

該当する方に○をつけて下さい。