車種/ナンバー

携帯番号
薬局

発熱問診

ふりがな
氏名（　　）　生年月日　　年　　月　　日

現在の体温（　　・　　℃）

1）発熱はいつからですか？

月　　日　　午前・午後　　時頃から　体温（　　・　　℃）

2）該当する症状の□に✓（チェック）してください。（　）内にいつからかご記入ください。

□ 咳が続く（　/　）□ 体がだるい（　/　）　□ 息苦しい（　/　）
□ のどが痛い（　/　）　□ 頭痛（　/　）　□ 下痢（　/　）
□ においがわからない（　/　）　□ 味がわからない（　/　）
□ 鼻水（　/　）
□ そのほかの症状（　　）

3）コロナにかかったことはありますか？　【 はい ・ いいえ 】

はいの方（いつ頃：　　）

4）まわりでの流行はありますか？　【 はい ・ いいえ 】

はいの方（どこで：職場 ・ 学校 ・ 保育園/幼稚園 ・ 家庭内 ・ 友人知人　）
（病名または症状：　　）

5)コロナ感染者または疑いのある方との接触はありますか？　【 はい ・ いいえ 】

6)過去7日以内に、流行地域へ移動(出張・帰省・旅行)したことがありますか？
【 はい ・ いいえ 】

はいの方（いつ頃：　　/ どこへ：　　）