

【外来患者様用】

診 察 前 健 康 チェック 表

◆お名前: _____

◆症状についてお伺いします		症状が発生した日: 月 日()から
なし	あり	具体的症状
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1.発熱(37.5℃以上)若しくは_____℃以上の発熱が_____日前からある
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2.咳、痰
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3.のどが痛い

康心会汐見台病院 2023.3.22改訂