氏名（フリガナ）

生年月日　　Ｓ・Ｈ　　年　　月　　日

住所　　〒

電話番号

症状のあるものを〇印で囲んで下さい

発熱　　（有　無）（　５　４　３　２　１　）日前から

　　来院時　　℃

　　全身倦怠感（有　無）（　５　４　３　２　１　）日前から

　　（強　中等度　弱）

味が判らない（有　無）（　５　４　３　２　１　）日前から

臭いがしない（有　無）（　５　４　３　２　１　）日前から

息が苦しい　（有　無）（　５　４　３　２　１　）日前から

　　（強　中等度　弱）

咳　　（有　無）（　５　４　３　２　１　）日前から

痰　　（有　無）（　５　４　３　２　１　）日前から

　　（黄　白　緑）

関節痛　　（有　無）（　５　４　３　２　１　）日前から

のどが痛い　　（有　無）（　５　４　３　２　１　）日前から

頭痛　　（有　無）（　５　４　３　２　１　）日前から