

## 症状チェックリスト

令和 6 年 月 日

氏名

(窓口に来ているあなたのお名前をご記入ください)

(あなたの健康状態の確認です)

発熱・鼻水・咽頭痛・せき・たんの症状はありますか？

あり ・ なし

※なしに○を付けた方は以下記入の必要ありません。

**ご注意** こちらの用紙は診察する際に必要となります。

ご家族などが代理で受付をした場合は、患者様ご本人が来院した際に必ず記入し、受付にて体温を測ってください。

※あり に○を付けた方以下のどの症状が当てはまりますか

発熱 ※37.2°C以上 ( °C)

鼻水

咽頭痛

せき・たん