

トリアージ症状問診票

混雑時の感染対策の一貫として、問診票にご記入ご協力をお願いします。お手数をおかけしますが相談内容・症状は一通り御記入をお願いします。少なくともここ10日以内に症状があった場合は”あり”で記入してください。症状が継続中の場合は終了日は空欄で大丈夫です。前回受診後の症状のみ書いていただければ大丈夫です。

Please write this interview sheet about symptoms at least for these 10 days.
At least yes or no. If possible, from when to when.

お名前 Name _____

発熱 なし No
Fever up あり Yes (月 日 ~ 月 日)
(平熱: °C、最高: °C)

のどの痛み なし No
(イガイガを含む) あり Yes (月 日 ~ 月 日)
Sore throat (イガイガ 痛い ご飯が通らない 水も通らない)

咳／息苦しさ なし No
(昼夜問わず、程度問わず) あり Yes (月 日 ~ 月 日)
Cough

倦怠感(だるさ) なし No
Languor あり Yes (月 日 ~ 月 日)

味が弱い／へん なし No
Taste disorder あり Yes (月 日 ~ 月 日)

においが弱い／へん なし No
Smell disorder あり Yes (月 日 ~ 月 日)

そのほか気になる症状 Other symptoms

みみ(右 / 左) はな その他()
Ear (Right / Left) Nose Anything else

※マスクを外している間はしゃべらないようにご協力をお願いします。

No mask, no talk, please.