

問 診 票

名前

電話番号

駐車場の位置（入口・真ん中・奥側）

車の車種・色・ナンバー

（）

風邪・コロナの人との接触（ある・なし）

体調が悪くなったのはいつから（）

発熱（最高体温）（℃）

咳（ある・なし）

痰（ある・なし）

鼻水（ある・なし）

のどの痛み（ある・なし）

頭痛（ある・なし）

関節痛（ある・なし）

吐き気（ある・なし）

嘔吐（ある・なし）

下痢（ある・なし）

味覚異常（ある・なし）

嗅覚異常（ある・なし）

くすりの服用（ある・なし）

（）