

ふりがな
お名前 男・女

体温 _____ °C

今日は どうされましたか？	風邪症状	<input type="checkbox"/> 熱がある 最高()°C <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 鼻づまり <input type="checkbox"/> 痰が出る <input type="checkbox"/> 咽頭痛 <input type="checkbox"/> 声が出ない <input type="checkbox"/> 関節痛 <input type="checkbox"/> 悪寒
		症状はいつからですか？ <input type="checkbox"/> 今日から <input type="checkbox"/> 昨日の__時くらいから <input type="checkbox"/> ()日前から <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> その他()から
	腹部症状	<input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 胃の調子が悪い <input type="checkbox"/> 食欲がない
		症状はいつからですか？ <input type="checkbox"/> 今日から <input type="checkbox"/> 昨日の__時くらいから <input type="checkbox"/> ()日前から <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> その他()から
	胸部症状	<input type="checkbox"/> 胸痛 <input type="checkbox"/> 胸が苦しい <input type="checkbox"/> 圧迫感 <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> 息苦しい
		症状はいつからですか？ <input type="checkbox"/> 今日から <input type="checkbox"/> 昨日の__時くらいから <input type="checkbox"/> ()日前から <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> その他()から
	その他	<input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> だるい
		症状はいつからですか？ <input type="checkbox"/> 今日から <input type="checkbox"/> 昨日の__時くらいから <input type="checkbox"/> ()日前から <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> その他()から
	皮膚症状	<input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> 蕁麻疹 <input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> 痛い
		症状はいつからですか？ <input type="checkbox"/> 今日から <input type="checkbox"/> 昨日の__時くらいから <input type="checkbox"/> ()日前から <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> その他()から
※その他の症状、相談したいこと、周囲(保育園や学校、家族)などで流行している病気(インフル・コロナなど)		