

# 問診票

☆以下の項目にご記載のうえ、試験日にご持参ください。

氏名

---

体温（試験日まで2週間計測して、記録してください）						
月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃

症状（2週間以内）	該当するものにチェック
特に症状なし	
咳	
鼻汁	
咽頭痛	
呼吸苦	
息切れ	
消化器症状	
味覚異常	
嗅覚異常	
その他	