

ID:

発熱外来 問診票

年 月 日

お名前

生年月日 平成・令和 年 月 日

歳 ヶ月 性別 男・女 体重 kg

ご住所 (〒)

TEL 携帯電話: 自宅:

(保護者氏名)

来院時体温: _____℃

1.最近の体温を教えてください

3日前: _____℃ 2日前: _____℃ 1日前: _____℃ 本日: _____℃
(月 日) (月 日) (月 日) (月 日)

2.症状を記入してください(あてはまるものに✓してください)

自身で検査を受けて陽性になった →検査日: 月 日 →検査方法: 抗原検査 / PCR検査

<input type="checkbox"/> 発熱	月 日から	<input type="checkbox"/> のどの痛み	月 日から
<input type="checkbox"/> せき	月 日から	<input type="checkbox"/> 倦怠感(強いだるさ)	月 日から
<input type="checkbox"/> 鼻水	月 日から	<input type="checkbox"/> 吐き気・嘔吐	月 日から
<input type="checkbox"/> 呼吸苦(息苦しさ)	月 日から	<input type="checkbox"/> 味覚・嗅覚障害	月 日から
<input type="checkbox"/> 下痢	月 日から	<input type="checkbox"/> その他の症状 ()	

3.この症状で別の病院に受診していますか はい ・ いいえ

4.この症状は海外渡航中または帰国後に出た症状ですか

いいえ ・ はい →いつごろ: 渡航先:

5.新型コロナワクチンの接種を受けましたか

いいえ ・ はい →回数: 回、最終接種日: 年 月 日

ワクチンの種類: ファイザー / モデルナ / アストラゼネカ

6.治療中の病気や飲んでるお薬があればご記入ください

7.今までに大きな病気や手術をしたことがあればご記入ください

8.今までに薬によるアレルギーが出たことがあれば薬品名と症状をご記入ください

9.今までに採血等で気分がわるくなったことがありますか? いいえ ・ はい

10.最近家族で体調の悪い方、発熱のある方はいましたか? いいえ ・ はい

11.周囲で流行ってる病気はありますか? なし ・ あり

※ありの方

何の病気ですか?

どこで流行ってますか?

園や学校名も教えてください。

12.お薬について希望はありますか?

シロップ 粉 錠剤 1日2回 1日3回