

問診票

ふりがな			性別	体重	来院時体温
お名前			男 女	kg	°C
年齢	歳	本日付きそいの方の電話番号			母・父・その他 ()
本日の交通手段	車 ・ 自転車 ・ 徒歩 ・ その他 ()		*感染予防のためお車でお待ちいただく事があります。		
園・学校名	・ 通園なし		周りで流行している病気はありますか？		

今日はどうされましたか？ あてはまるものに○をつけてください。

- ・発熱 (月 日から) 最高 °C
- ・頭痛
- ・咳 (乾いた咳 痰がらみ ケンケン)
- ・腹痛
- ・鼻水 (鼻づまり 黄緑色 透明)
- ・皮膚の症状 (ブツブツ じんま疹 かゆみ かな 虫さされ)
- ・ぜいぜい
- ・アレルギー
- ・のどの痛み
- ・下痢 (1日 回) 水様 泥状 血便 白色 (食べ物 喘息 花粉 アトピー)
- ・便秘 (元々 日に1回、最終排便 日前)
- ・夜尿症の相談
- ・おう吐 (1日 回)
- ・その他 ()

☆**コロナ検査の希望** 希望しない ・ 希望する *検査の要否は医師の判断になります。

※食 事 (普段通り / 少なめ / 全くとれていない)

※水 分 (普段通り / 少なめ / 全くとれていない)

※おしっこ (普段通り / 少なめ / 全く出ていない)

☆お薬の希望 (水薬 ・ 粉薬 ・ 錠剤) ☆解熱剤は？ (不要 ・ 要 → 座薬・粉薬)

◆現在、他の医療機関に通院中ですか？ また今回の症状について他の医療機関で診てもらいましたか？

いいえ ・ はい 医療機関名 ()

◆現在内服しているお薬はありますか？ (お薬手帳をお持ちでしたらご提示下さい。)

いいえ ・ はい ()

◆本日を含め、1週間以内に37.5°C以上の発熱があった はい ・ いいえ

◆咳や鼻水、のどの痛み、ゼーゼーや呼吸苦などがある。 はい ・ いいえ

◆新型コロナウイルス感染症患者と濃厚接触歴があり、現在隔離期間中である。 はい ・ いいえ

◆2週間以内に通っている園や学校でコロナ感染者が確認されている。 はい ・ いいえ

はいの方→おなじクラスですか？ はい ・ いいえ

現在休園休校中ですか？ はい ・ いいえ

◆2ヶ月以内に本人または家族が新型コロナウイルスに感染した。 はい ・ いいえ

はいの方 → いつ？ 誰が？

ご協力ありがとうございました