

ID

小児科 発熱外来問診票

ふりがな

氏名： _____ (男・女) 年齢： _____ 歳 _____ か月 体重： _____ kg

本日の緊急連絡先(携帯)： _____ (母・父・ _____ : お名前 _____)

通っている学校・幼稚園・保育園： _____

来院時体温： _____ °C

♡ 本日はどうされましたか？

①症状があるものに○をつけてください

発熱(最高 _____ °C) ・ 鼻水 ・ 鼻づまり ・ 咳 ・ ゼーゼー ・ 頭痛
おと(1日 _____ 回) ・ 下痢(1日 _____ 回) ・ 腹痛 ・ 便秘 ・ 皮ふの赤み

②いつからどんな症状ですか？

(_____)

③周囲で流行している感染症があればご記入ください (_____)

④ご家族で体調の悪い方はおられますか？ (_____)

⑤新型コロナの濃厚接触者にあたりますか？(いいえ・はい)
はいの場合→(いつ・どこで _____)

♡ 当院以外での受診がある場合はご記入ください

①すでに診断を受けている病名はありますか？

(病名： _____ 時期： _____ 頃から)

②他院で処方されている薬はありますか？

(なし・あり： _____)

♡ コロナワクチン接種歴があればご記入ください

(1回目 _____ 月 _____ 日) (2回目 _____ 月 _____ 日) (3回目 _____ 月 _____ 日)