

ID

小児科 発熱外来問診票（再診）

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： _____)