

☆新型コロナウイルス感染拡大防止
のため以下の確認をしています

* お子様、同居されている方に
・濃厚接触者がいる
・PCR 検査を受けた方、結果待ち
の方がいる

* 周囲(園・学校・同居者の職場等)に
新型コロナウイルス感染者がいる

※どちらかに○印を

はい・いいえ

問診票

該当するものに○印又はご記入をお願い致します

年 月 日

ふりがな

お名前 _____ 来院時体温 _____ °C 体重 _____ kg

★通園・通学していますか? いいえ ・ はい(施設名: _____)

★周囲にうつる病気の方はいましたか? いいえ ・ はい
みずぼうそう ・ おたふくかぜ ・ はしか ・ インフルエンザ ・ (_____)

★体に急に出了または増えたブツブツはありますか?
なし ・ あり → どこにありますか? _____

★熱 なし ・ あり ・ あった (※あり・あった方は熱票の記入をお願いします)
→いつからですか? _____月 _____日 _____時から最高 _____°C

★痛み なし ・ あり → 痛いところ _____

★咳 なし ・ あり → 眠れる ・ 時々起きる ・ 全然眠れない ・ 苦しい

★鼻水 なし ・ あり

★吐く なし ・ あり ★気持ち悪い
→吐き始めは? _____月 _____日 _____時頃～計 _____回最後の嘔吐 _____日 _____時頃

★下痢 なし ・ あり → いつからですか? _____月 _____日 1日に _____回位

★他の医療機関に受診されましたか?
いいえ ・ はい →いつですか? _____月 _____日

★定期診察 アトピーなどの湿疹 ・ 喘息 ・ 便秘 ・ その他(_____)

★その他 治癒証明書希望 ・ 溶連菌後尿検査 ・ 検査結果を聞きに ・ 健康診断

(何かありましたらお書きください)

※クリニック記入欄 カルテ入力欄

○体重 _____ kg (_____)

○SpO2 _____ % HR _____ RR _____

○外観: 良 ・ 不機嫌 ・ ぐったり

他院の処方; なし ・ あり

薬名 _____

処置 ・ 検査; なし ・ あり