

問診票

日付： 年 月 日

お名前：なまえ 男・女 体重：kg (12歳以上は不要)
生年月日： 年 月 日 年齢：才 カ月
住所：〒
携帯電話：..... 自宅電話：..... 車のナンバー：.....

- 来院時体温：.....℃
- 該当する項目にチェックを入れてください
- 発熱 (いつから？) (最高体温℃)
- かぜ症状がある：咳・痰 (いつから？))
鼻汁 (いつから？))
ゼーゼー (いつから？))
- 突然の高熱がでた (いつから？))
- 全身倦怠感がある (いつから？))
- 関節痛・筋肉痛がある (いつから？))
- インフルエンザの人と接触した可能性がある (いつ頃？))
- 嗅覚・味覚の異常がある (いつから？))
- 息切れ・呼吸困難がある (いつから？))
- 2週間以内に市外の地域に出かけたことがある
- 2週間以内に市外の人と食事をしたり、マスクなしで会話をしたことがある
- 2週間以内に新型コロナ疑いの人と接触した可能性がある
- 家族が、2週間以内に市外の地域に出かけたことがある
- 家族が、2週間以内に市外の人と食事をしたり、マスクなしで会話をしたことがある



発熱外来用 LINE

- その他の症状 (いつから？どのような症状がありますか？)

- 食欲：良 不良 水分摂取：良 不良
- 睡眠：良 不良 排便：良 便秘・下痢 ()
- アレルギーがある 薬 () 喘息
- いいえ はい：食物 () アトピー性皮膚炎
- その他 () 花粉症 ()

- 治療中の病気がある：いいえ ※お薬手帳をお持ちください！
- はい (病名) (使用中の薬)

- 女性の方へ：妊娠中 (..... 週) 授乳中

- 希望の薬剤形：粉 シロップ 錠剤

- 学校・園に通っている：いいえ はい (学校・園名)

- 今までに受けたことのある予防接種は？

- ヒブ (インフルエンザ菌) 麻疹・風疹ワクチン
- 肺炎球菌 みずぼうそう (水痘) (..... 回)
- 四種混合 (ジフテリア・百日咳・破傷風・ポリオ) おたふく (流行性耳下腺) (..... 回)