

受付番号

外来問診票 氏名 _____ 年齢: _____ 歳

体温 _____ °C 体重 _____ kg(1歳未満のお子様は裸の体重を測ってください) 性別: 男 女

施設名を記入してください。

集団保育なし/ (_____)保育園 / (_____)幼稚園 / (_____)小・中学校
その他(_____)

※コロナ検査を実施した場合、ご記入いただいた携帯電話の番号にショートメッセージで連絡を差し上げます。間違えのないよう記入してください。

ふりがな

連絡先 (氏名: _____ 続柄: _____) 携帯電話番号 _____

※※本日付き添いの方に新型コロナウイルス感染症陽性者はいますか いいえ はい

1.症状 発熱 _____ 月 _____ 日から 咳 鼻汁 のどの痛み
下痢 嘔気/嘔吐 腹痛 発疹 全身倦怠感 頭痛
その他(_____)

2. 新型コロナウイルス感染症陽性者(疑い含む)の方または、インフルエンザ陽性者と接触はありましたか？

なし あり →ありの方は下記をご記入ください。

接触したのはいつですか？(コロナ: _____)

(インフルエンザ: _____)

3.新型コロナウイルス感染症にかかったことがありますか？ なし あり (_____ 年 _____ 月)

4.周囲の流行はありますか？ なし あり(コロナ インフルエンザ その他: _____)

5.食事・水分はとれていますか？ 取れている 少ない 不可

6.排尿はありますか？ あり 少ない なし

7.これまで指摘された病気または治療中の病気はありますか？

なし あり (_____)

8.現在内服中のお薬はありますか？

なし あり (薬手帳は持参していますか？ あり なし)

9.薬でアレルギー症状を起こしたことがありますか？

なし あり (薬の名前: _____)