

小児科発熱問診票

フリガナ

氏名	(男・女)	生年月日	年	月	日	歳
住所	身長	cm / 体重	kg			
保護者又は付き添い者氏名	続柄	携帯番号				
集団生活の有無	(保育園・幼稚園	小・中学校) / なし)		

1. 症状について

※発熱から時間の経過していないと検査結果に影響があります。

- ・37℃以上の発熱 (はい・いいえ) 月 日から 本日の体温 ℃
- ・呼吸が苦しい (はい・いいえ) 月 日から
- ・咳がでる (はい・いいえ) 月 日から
- ・のどが痛い (はい・いいえ) 月 日から
- ・頭痛がある (はい・いいえ)
- ・嗅覚・味覚がおかしい (はい・いいえ)
- ・鼻水が出る (はい・いいえ)
- ・下痢をしている (はい・いいえ)
- ・嘔吐をしている (はい・いいえ)
- ・関節痛がある (はい・いいえ)
- ・体がだるい (はい・いいえ)
- ・食事摂取は可能 (はい・いいえ)
- ・水分摂取は可能 (はい・いいえ)
- ・その他の症状があればおしらせください ()

市販薬服用 (あり ・ なし)

今回の件での受診歴

2. アレルギーの有無

(あり : ・なし)

今までに罹った病気・治療中の病気

(あり : ・なし)

新型コロナウイルスの罹患歴

(あり : 年 月 日・なし)

インフルエンザの罹患歴

(あり : 年 月 日・なし)

3. 同居のご家族や職場(お子さんの場合は、友達、幼稚園、学校など)に、直近2週間以内に新型コロナウイルス(COVID-19)またはインフルエンザと診断された人、またはその疑いの人がいる

- ・はい → (新型コロナウイルス ・ インフルエンザ) その他 ()
- ・いいえ

4. 新型コロナワクチンを接種しましたか

(はい・いいえ)

接種回数 : 回 最終接種日 : 年 月

5. インフルエンザワクチンを接種しましたか

(はい 1回・2回 ・ いいえ)

6. 来院手段

自家用車・電車・徒歩・自転車・その他()

7. 薬の種類は何がいいですか？

1. 粉 2. シロップ 3. 錠剤

8. 熱さましは希望されますか？

する (粉 ・ 座薬 ・ 錠剤) ・ しない

(職員記入)

待機場所 (車 ・ プレハブ ・ 自宅 ・ その他 ()) Spo2 : % KT ℃

診察券の有無 無