

## 小児科発熱外来問診票

診察券番号	・初めて	受信日	年 月 日
フリガナ		性別	生年月日(西暦)
氏名			年齢
フリガナ		男・女	年 月 日 ( 歳 ヶ月)
保護者氏名			体重
住所 (実際の所在地)	〒 川崎市 区		
住所 (住民票が上記と異なる場合記入)	〒		
保護者携帯	☎ - - 続柄:	固定電話	無・有→ - -

1. 今日はどうのような症状での受診ですか？ 現在の体温： \_\_\_\_\_ ℃
- 発熱 (発熱した日時： \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 : 午前・午後 \_\_\_\_\_ 時頃 その時の体温： \_\_\_\_\_ ℃)  
 咳  鼻水  のどの痛み  
 痰  息苦しさ・息切れ  頭痛  
 腹痛  吐き気・嘔吐  下痢  
 倦怠感  関節痛  味覚・嗅覚障害  
 その他 ( \_\_\_\_\_ )
- ・上記の症状が発生した日： \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 から
- ・他医療機関・セルフで抗原検査をしましたか？ ( いいえ ・ はい → 検査日： \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 陽性 ・ 陰性 )
- (陽性の方) 陽性者管理番号 M, S から始まる 7 桁の数字はありますか？ ( いいえ ・ はい → M・S \_\_\_\_\_ )
- ※公費での検査の実施は医師の判断になります。ご了承ください。

2. 現在服用している薬はありますか？ ( はい ・ いいえ ) \*「はい」の方はお薬手帳をご準備ください。
- ・アレルギーはありますか？ ( はい ・ いいえ )
- ・薬剤( \_\_\_\_\_ ) ・食べ物( \_\_\_\_\_ ) ・その他( \_\_\_\_\_ )

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ありますか？
- ・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 \_\_\_\_\_ 日 ( ファイザー ・ モデルナ )

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 )