

## 小児科発熱外来問診票

診察券番号	・初めて	受診日	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	〒 川崎市 区		
保護者携帯	☎ - - 続柄 :	固定電話	無・有→ - -

1. 今日どのような症状での受診ですか？

現在の体温 : \_\_\_\_\_ °C

- |  |                                   |                                  |  |
|--|-----------------------------------|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 発熱 (発熱した日時 : 月 日 : 午前・午後 時頃 |                                   | その時の体温 : _____ °C)               |  |
| <input type="checkbox"/> 咳                           | <input type="checkbox"/> 鼻水       | <input type="checkbox"/> のどの痛み   |  |
| <input type="checkbox"/> 痰                           | <input type="checkbox"/> 息苦しさ・息切れ | <input type="checkbox"/> 頭痛      |  |
| <input type="checkbox"/> 腹痛                          | <input type="checkbox"/> 吐き気・嘔吐   | <input type="checkbox"/> 下痢      |  |
| <input type="checkbox"/> 倦怠感                         | <input type="checkbox"/> 関節痛      | <input type="checkbox"/> 味覚・嗅覚障害 |  |
| <input type="checkbox"/> 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)

※検査の実施は医師の判断になります。ご了承ください。

2. 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、またはその疑いの方がいますか？

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

3. 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( \_\_\_\_\_ )