

## 小児科発熱外来申込書

患者番号 (診察券番号)	
ふりがな	
氏名	男・女
生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日 ( 歳)
住所	
携帯番号	母父

2020.10.1

## 問 診 表

氏名 \_\_\_\_\_ 年齢 歳 カ月 \_\_\_\_\_ 体重 ( \_\_\_\_\_ kg)

(来院時体温 \_\_\_\_\_ °C)

該当するもの○でかこんでください。

1. どのような症状がありますか？

発熱 (最高 \_\_\_\_\_ °C、いつからですか？ \_\_\_\_\_ )

咳、鼻水、のどが痛い、下痢、嘔吐

無症状接触者、抗原キット (陽性、陰性)、

その他の症状 ( \_\_\_\_\_ )

2. 過去に新型コロナにかかったことがありますか？ ない、ある ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 )

3. この1週間で家族に熱や咳のある人はいますか？

いない、いる (だれ？ \_\_\_\_\_ 症状は \_\_\_\_\_ )

4. 学校や保育園/幼稚園に行っていますか？ はい、いいえ

そこで発熱や咳の子はいますか？ はい、いいえ

学校、保育園/幼稚園の名前とクラスを教えてください ( \_\_\_\_\_ )

5. 新型コロナウイルス感染者と接触がありますか？ はい、いいえ、わからない

はいの場合、陽性者はどなたですか？ ご関係 ( \_\_\_\_\_ )

陽性者の症状はいつからですか？ ( \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ ~)、症状は、熱、咳、喉の痛み、症状なし、他

陽性確認日はいつですか？ ( \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日)、PCR (遺伝子検査)？ 抗原キット？

陽性者と接触した日はいつですか？ ( \_\_\_\_\_ )

6. 薬の処方希望しますか？【あり (錠剤、粉、シロップ)、なし】

解熱剤希望【あり (錠剤、粉、座薬)、なし】

7. 新型コロナワクチン接種、未、済 (1回目 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日、2回目 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日、ファイザー、モデルナ)

連絡先 優先順に ①氏名 \_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_ )

電話番号： \_\_\_\_\_

②氏名 \_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_ )

電話番号： \_\_\_\_\_