

# 発熱外来問診票

(おわかりになる範囲で結構です)

記入年月日： 年 月 日

ふりがな		年齢	歳 か月
お名前		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
体温	℃	体重	kg <input type="checkbox"/> 不明

1. 37.5℃以上の発熱は、何月何日の何時からですか？最高体温は何度ですか？

月 日 時から (最高体温： ℃)

2. 頭痛、嘔吐、咳、鼻水などの発熱以外の症状はありますか？

3. 御家族で発熱がある方はいらっしゃいますか？

あり (続柄： ℃) ・ いない

4. 通っている保育園・幼稚園・学校などで流行っている病気はありますか？

あり ( ) ・ なし

5. 新型コロナウイルス感染症に感染したことはありますか？

あり (いつ頃ですか？ ) ・ なし

6. 新型コロナウイルスワクチンを接種していますか？ をつけてください。

1回目 ( 月 日) ・ 2回目 ( 月 日) ・ 3回目 ( 月 日) ・ なし

●お薬についてご希望がある方は、をつけてください。

お薬が処方される場合、シロップ こなぐすり 錠剤

お薬は1日2回(朝・夕)を希望

解熱剤の処方方は、坐薬 こなぐすり 錠剤

※ご希望に添えない場合もございます。ご了承ください。

☆付き添いの保護者の方について☆

(※陽性の連絡の際に必要となります。必ず御記入ください。)

お名前		連絡先	携帯：
続柄		体温	℃