

新型コロナウイルス感染流行に伴い、

受診される患者ご本人 または ご家族 に関してお尋ねします。

令和 年 月 日 患者さんのお名前:(_____)

1. 本人・ご家族で、コロナ自宅療養中、または検査中の方はいますか？

→いいえ・はい(療養中 誰が: _____) (検査中 誰が: _____)

2. コロナ自宅療養期間が過ぎてもカゼ症状が続く方はいますか？

→いいえ・はい(誰が: _____)

3. 本人・ご家族または付き添い者で濃厚接触者はいますか？

→いいえ・はい(誰が: _____)

4. 学校や園のクラスがコロナ感染で閉鎖されていますか？

→いいえ・はい(園・学校名: _____)

5. 3日以内で38度以上の発熱がありましたか？

→いいえ・はい (誰が: _____)

6. コロナ検査を希望されますか？

→ 検査を希望する ・ 検査したくない ・ 医師と相談

☆付き添いにいらした方

お名前:(_____) 父・母・祖父・祖母・その他(_____)

お呼びする際のご連絡先 (_____ - _____)

待機の自動車 車種 _____ 色 _____ ナンバー _____

※受診時の付き添いは1名とさせていただきます。

問 診 票

※お薬手帳をお持ちの方は窓口にご提出ください。

____月 ____日 お名前 _____ 体温 _____℃ 体重 _____kg

_____ 保育園・幼稚園・小学校・中学校・高校

●本日はどうされましたか？

●症状にあてはまるものにチェックをつけ、記入してください。

発熱（いつから： _____℃ 最終解熱剤： ____月 ____日 ____時）

咳（いつから： _____ ｺﾝｺﾝ・ゼゼロ・ゲソゲソ）

鼻水（いつから： _____ 透明・黄色・鼻づまり）

のどの痛み（いつから： _____）

頭痛（いつから： _____）

嘔吐（いつから： _____ 1日 回 最後に吐いたのは _____時）

下痢（いつから： _____ 1日 回 水様・泥状・軟便）

腹痛（いつから： _____）

便秘（いつから： _____ 最終排便： _____月 _____日 性状： _____）

喘鳴（息を吐くときゼーゼー・ヒューヒュー音がする）

（いつから： _____ 既往；今回初めて・以前もあった）

発疹（いつから： _____ 部位： _____ かゆみ： あり・なし）

*食欲(あり・まあまあ・なし) *機嫌(良い・ふつう・悪い)

*水分(摂れる・まあまあ・摂れない) *尿(普段通り・少ない)

●アレルギーはありますか？ はい・いいえ

(_____)

●休日診療所・夜間診療所・その他病院にかかりましたか？ はい・いいえ

(休日診療所・夜間診療所・その他 _____ 診断名 _____)

●ご家族・お友達で具合の悪い方、保育園・幼稚園・学校等で流行している病気はありますか？

はい・いいえ・わからない _____ 園・学校・その他(_____) 病名 _____

