

※感染防御具が不足しています。医療スタッフの感染予防のため、接触を伴う診察(触診や聴診など)を省略することがあります。あらかじめ御了承ください。

## 小児発熱問診票

Q.新型コロナウイルスのワクチン接種は受けましたか。

- はい⇒接種日はいつですか 1回目( )2回目( )3回目( )  
 いいえ

Q.いつからの症状ですか。( )

Q.体温は最高何度でしたか。( )

Q.症状があるものにチェック☑をつけて下さい。

- せき  たん  鼻水  鼻閉  のどの痛み  息苦しさ  頭痛  
 寒気  腹痛  おう吐  下痢  味がわからない  においがしない  
 その他 ( )

Q.コロナウイルスにかかっている患者さんとの接触はありますか。

- はい  いいえ

詳細記載欄

Q.インフルエンザにかかっている患者さんとの接触はありますか。

- はい  いいえ

詳細記載欄

Q.これまでにかかったことがあるご病気、治療中のご病気を書いて下さい。

Q.内服されている薬を書いて下さい(お薬手帳をお持ちの方は提出して下さい)。

[ ]

Q.アレルギーはありますか。  はい ( )  いいえ

Q.学校名、幼稚園保育所名を記載して下さい。

( )

Q.同居されている家族(お名前についてはひらがな)での記載をお願いします)

名前						
年齢						
続柄						
住所						

年 月 日 お子様の氏名

緊急連絡先 — — 続柄( )

※当院記載欄

SpO<sub>2</sub> % PR /min BT °C BW Kg