

発熱/新型コロナウイルス感染症に関する問診票

受診日: 令和 年 月 日
(ID:)

ふりがな		保護者名
氏名 (男・女)		
生年月日 西暦 年 月 日	連絡先 電話番号 ()	住所 〒
来院時の体温 度 分	携帯番号 ()	
酸素飽和度 % 脈拍 /分 ※診察室で測ります		

質問 1. 以下にあてはまることがありますか？

質問		お答え	
新型コロナウイルス感染者や発熱、咳の方と一緒にいたことがありますか		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
2週間以内に居住地外に行きましたか どこに()		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
2週間以内に会食・イベント参加の機会がありましたか		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
常用薬はありますか	<input type="checkbox"/> はい(薬名)	<input type="checkbox"/> いいえ	
アレルギーはありますか	<input type="checkbox"/> はい(薬名/食物)	<input type="checkbox"/> いいえ	
以下の治療中の病気はありますか <input type="checkbox"/> はい (○をつけてください) 悪性腫瘍 慢性閉塞性肺疾患(COPD) 慢性腎臓病 高血圧 糖尿病 脂質異常症 肥満(BMI30 以上) 喫煙歴:1日()本()年間 その他()		<input type="checkbox"/> いいえ	
アルコール 1週間に()日 1回量()本 缶 ml)くらい			
現在妊娠(またはその可能性)はありますか (週数)		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
新型コロナワクチンの接種について	直近の接種日: 年 月 日 (回目) ワクチンの種類: <input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> モデルナ <input type="checkbox"/> アストラゼネカ <input type="checkbox"/> ノババックス		
小児(15歳以下)の方 集団生活をしていますか (園、学校名)		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

質問 2. 以下の症状がありますか？ いつからですか？

症状	お答え	いつから	症状	お答え	いつから
発熱	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 最高 度 続いている期間 日間		息苦しさ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
頭痛	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		強いだるさ(倦怠感)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
咳(せき)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		臭いがわかりにくい	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
痰(たん)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		味がわかりにくい	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
鼻水	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		吐き気	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
のどの痛み	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		おう吐	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
			下痢	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	

* お子さんの体重 _____ kg * お薬の希望 シロップ 粉 解熱剤 坐薬 粉