

新型コロナウイルス感染症に関する問診票

【受診日】 年 月 日 お名前: 保護者名:

生年月日: 年(西暦) 月 日生 歳 ヶ月

住所:

本日付添いの方の電話番号:

() -

最後に測定した体温(°C)

お子さんが受診の場合 * 体重(kg)

1	症状に○をつけて 症状が、いつからか記入してください	発熱(/ ~)最高発熱(°C).		
		解熱剤使用(あり・なし)使った日時(/ 時)		
		頭痛(/ ~)・のどが痛い(/ ~)		
		せき(/ ~)・鼻水(/ ~)・下痢(/ ~)		
		吐き気(/ ~)・吐いた(/ ~)		
		その他 ()		
2	新型コロナウイルス陽性者・濃厚接触者・自宅隔離者と接触した		はい	いつ? 月 日
			いいえ	接触者との関係家族・職場の知人・その他()
3	今回の症状で医療機関を受診しましたか?	はい	なんと診断されましたか? ()	いいえ
4	今回の症状で何かお薬を使いましたか?	はい	薬剤名()	いいえ

5	家族や周りで流行っている病気はありますか？	はい	どなた() 病名()	いいえ
6	新型コロナワクチンを接種した	はい	1回目: 年 月 日・不明	いいえ
			2回目: 年 月 日・不明	
			3回目: 年 月 日・不明	
			4回目: 年 月 日・不明	
7	最後に接種したワクチンの種類は？	ファイザー・モデルナ・不明		
8	当てはまるものに <input checked="" type="checkbox"/> をつける	<input type="checkbox"/> 喫煙 <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 慢性腎臓病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脂質異常 <input type="checkbox"/> 閉塞性肺疾患 <input type="checkbox"/> 該当なし		
9	食べ物やお薬のアレルギーはありますか？	はい ()	いいえ	
10	(お子さんの場合)第何子ですか？ 兄弟児の名前をご記入ください	第()子	() () () () () ()	
11	(女性の方)妊娠の可能性はありますか？	はい	いいえ	

ご記入ありがとうございました。 ご案内までしばらくお待ちください

SPO₂ : %