

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 ※会計時お電話致します

住所:

本人もしくは本日付添いの方の
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	新型コロナ陽性者と接触した	はい いつ? 月 日	
		いいえ 接触者との関係家族・職場の人 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 はい)	いいえ
4	今回の症状で何かお薬を使いましたか?	はい はい)	いいえ

※裏面も記入あります

5	家族や周りで流行っている病気はありますか？	はい いい	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 いい	最終接種日: 年 月 日 分からなければ未記入で大丈夫です	いい え
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	
12	(女性の方)授乳中ですか？	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