

一般外来問診票（再診）

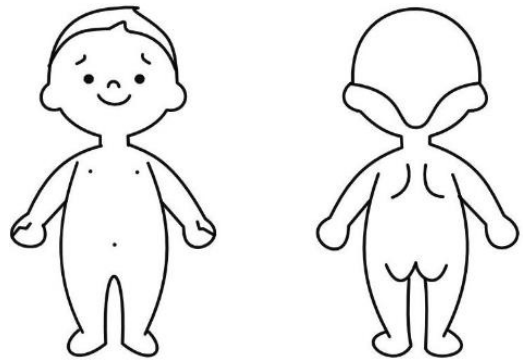
ふりがな 名 前	年齢	歳	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日 昭・平 年 月 日	体重	kg	体温 °C

1) 本日はどのような症状,あるいは目的で来られましたか?

- | | | | | | | |
|----|-----------------------------|------------------------------|----------|---|------|-------------|
| 熱 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり→ | 日前から | (| | °C) |
| 咳 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり→ | 日前から | | | |
| 鼻水 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり→ | 日前から | | | |
| 喘鳴 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり→ | 日前から | | | |
| 嘔気 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり→ | 日前から | | | |
| 嘔吐 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり→ | 日前から | 回 | | |
| 下痢 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり→ | 日前から | 回 | (水便 | ドロドロ 軟らかめ) |
| 食欲 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし→ | (食事量 | | |) |
| 便秘 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり→ | (最後に出たのは | | | 日前) |

その他 (ご自由にお書き下さい)

部位に○をしてください。



診療について希望があれば御記入下さい。 例) 検査希望、坐薬がほしい、粉薬はいや

一般外来問診票

なまえ
名前

- ① 通われている園・学校名を教えてください。

園・学校名 ()

- ② ご本人やご兄弟の通われている園や学校は、学級・学年閉鎖、休校になっていますか？

いいえ はい

- ③ ご本人やご家族の方の所属先で、2週間以内にコロナウイルス感染症と確認された方はおられますか？

いない いる

新型コロナウイルス感染が疑われる場合、誰からの感染と思われますか。
その方はいつからどのような症状があり、いつ診断されましたか。

()

- ④ 保護者、同居のご家族の方に、1週間以内に発熱、咳、咽頭痛等の症状がある方はおられますか？

いない いる

誰が、どのような症状がいつからありますか。

()

- ⑤ ワクチンについて

今シーズンに入ってから、インフルエンザワクチンは接種されましたか？

はい いいえ

コロナウイルス感染症のワクチンは接種されましたか？

はい いいえ