

# 初診問診票

駐車場番号 ( ) 受診前、ご自宅で体温を測定ください。

体重 ( ) 診察前の体温 ( )

ふりがな

氏名 \_\_\_\_\_ くん・ちゃん

生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日 ( ) 歳

住所 〒 \_\_\_\_\_

携帯番号 \_\_\_\_\_

( ) 保育園名・幼稚園名・学校名・登園なし

☆症状に○をつけて、症状が出てきた月日 ( / ) をご記入ください。

・発熱 朝昼晩の最高体温をご記入ください。

( / ) \_\_\_\_時頃 \_\_\_\_℃から始まり、

( / ) ( / ) ( / )

朝 \_\_\_\_時 \_\_\_\_℃ 朝 \_\_\_\_時 \_\_\_\_℃ 朝 \_\_\_\_時 \_\_\_\_℃

昼 \_\_\_\_時 \_\_\_\_℃ 昼 \_\_\_\_時 \_\_\_\_℃ 昼 \_\_\_\_時 \_\_\_\_℃

晩 \_\_\_\_時 \_\_\_\_℃ 晩 \_\_\_\_時 \_\_\_\_℃ 晩 \_\_\_\_時 \_\_\_\_℃

・咳 ( / ) から

・鼻水 ( / ) から

・嘔吐 ( / ) から 1日( )回 (突然吐く 咳こんで吐く)

最終嘔吐 ( / ) ( ) 時

・痛み ( / ) から (頭 喉 耳 お腹) (ずっと ときどき)

・発疹 ( / ) から (頭 顔 口 体 お尻 手足)

その他の症状・相談したいこと

( / ) から 便秘・下痢・アレルギー・低身長・夜尿 など

\*最近1-2週間に同居の方、園や学校で接触された方で、発熱や体調不良、コロナ・インフルエンザにかかった方はおられますか？

はい ・ いいえ

( はいの方は裏面に症状、経過など記載ください。)