

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 _____ °C から始まり、

(/) (/) (/)

朝 _____ 時 _____ °C 朝 _____ 時 _____ °C 朝 _____ 時 _____ °C

昼 _____ 時 _____ °C 昼 _____ 時 _____ °C 昼 _____ 時 _____ °C

晩 _____ 時 _____ °C 晩 _____ 時 _____ °C 晩 _____ 時 _____ °C

・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。)