



西暦 年 月 日

ふりがな		生年月日	年 月 日
お名前 ※お名前でお呼びしていいですか？ はい いいえ		年齢	歳 ヶ月
		性別	男 女
住所		緊急連絡先 TEL	続柄 ( )

アレルギー (食物・薬など)	あり ( ) なし
本人または家族にB型肝炎C型肝炎の方がいますか？	本人 家族 ( )
既往歴	病名： 定期薬：
集団生活	あり ( 保育園・幼稚園 ) なし
家族や周りの方で流行っている 病気はありますか？	あり ( ) なし

けいれん既往がありますか？	今の症状で他の病院にかかっていますか？
はい (最終発作 年 月) いいえ	はい (お薬手帳をお持ちの方は提出をお願いします) いいえ

お済みの予防接種に○をつけてください。わかる範囲でお答え下さい。

ヒブ 小児肺炎球菌 ロタ B型肝炎 四種混合 BCG 水ぼうそう  
MR (麻疹・風疹) おたふく 日本脳炎 その他 ( )

裏面のご記入もお願い致します。

# 問 診 票

ふりがな

氏名： \_\_\_\_\_

年齢 \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ ヶ月

体重 \_\_\_\_\_ k g

あてはまる個所にチェックしてください。

<input type="checkbox"/>	① 1ヶ月の間に県外から来た方 (いつ: _____ 場所: _____)
<input type="checkbox"/>	② 新型コロナウイルス感染症であることが確定した人と接触した。( _____ 月 _____ 日頃)
<input type="checkbox"/>	③ 新型コロナウイルス流行地域にこの1ヶ月の間に移動された方。 (場所: _____ いつ: _____)
<input type="checkbox"/>	④ 新型コロナウイルス流行地域にこの1ヶ月の間に移動した人と接触した。 接触した方は症状がありますか? いいえ・はい ( _____ )
<input type="checkbox"/>	⑤ 基礎疾患 (心臓病・糖尿病・気管支喘息などの慢性呼吸器疾患など) がある方
<input type="checkbox"/>	⑥ 妊娠中の方

## 状態確認

<input type="checkbox"/>	⑦ (風邪症状や) 37.5℃以上の発熱が <u>3日以上</u> 続いている。
	上記質問が『はい』場合の方は、いつからですか _____ 月 _____ 日
<input type="checkbox"/>	⑧ だるさ (倦怠感) や息苦しさ (呼吸困難)、咽頭痛あるいは嗅覚・味覚異常がある。
<input type="checkbox"/>	⑨ 咳が1週間以上続いている。
<input type="checkbox"/>	⑩ 上記項目に該当しない。

	月 日			月 日			月 日			月 日			本日受診された理由
	朝	昼	夜	朝	昼	夜	朝	昼	夜	朝	昼	夜	
40.0℃													今期インフルエンザ予防接種[ 未・済 ( _____ 回)] 薬の種類の希望 シロップ 粉 錠剤 下記にあてはまる場合は○をして下さい 1. 耳の下の腫れ 2. 発疹(ブツブツ) 3. 頭痛 4. 腹痛 5. 食欲がない 6. 水分が取れない 7. 機嫌が悪い 8. 検査してほしい 9. けいれん既往がある
39.0℃													
38.0℃													
37.0℃													
36.0℃													
咳	あり	なし		あり	なし		あり	なし		あり	なし		
鼻水	あり	なし		あり	なし		あり	なし		あり	なし		
下痢			回			回			回			回	
嘔吐			回			回			回			回	