

問 診 票

ID _____ ふりがな _____ 生年月日 _____
名前 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 男・女 _____ 歳 _____ ヶ月

体重 _____ kg

症状

発熱 (解熱剤使用(あり・なし))

はな (月 日～) → (鼻水・鼻づまり)

咳 (月 日～) → (痰がらみ・乾いた咳・ゼーゼー・息苦しき)

痛み (月 日～) → (頭・のど・お腹)

吐き気・嘔吐 (月 日～) → 回数(1日 回・最後に吐いた日時 / 時頃)

下痢 (月 日～) → 回数(1日 回) 形(水様・泥状・軟) 色(黄茶色・白色・血が混ざる)

他院受診 (月 日) (病院名 _____)

その他 (_____)

コロナ陽性者もしくはその濃厚接触者との接触 関係: _____
(あり・なし) 場所: _____

期間: _____

県外への移動もしくは県外へ移動した人との接触 関係: _____
(あり・なし) 場所: _____

期間: _____

保健所へ連絡しましたか (はい・いいえ)

食事・水分はとれていますか? (いつもどおり やや少ない 少ない 水分のみとれる)

元気があるか (はい・いいえ)

◎ 周りで体調を崩している方はいますか?

◎ いない いる → 家族、(_____)幼稚園・保育園、(_____)小・中学校、その他
(病名 _____)

現在治療中の病気や今までに大きな病気がありましたか?

(_____)

現在使っているお薬(飲み薬・塗り薬)はありますか?

ない ある (_____)

アレルギーについて なし 不明(検査したことがない) あり

◎ ありの方 → 薬(_____) 食べ物(牛乳・卵・ _____) 他(_____)

◎ 飲む薬 水薬(シロップ) 粉薬 錠剤またはカプセル 服用したことがない

解熱剤 → シロップ・粉薬・坐薬・錠剤