

受診日 月 日 ( ) 時間 :

小児科用 発熱・電話相談・救急外来 問診票

記載者サイン \_\_\_\_\_

ID( ) 名前 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ ( 男 ・ 女 )

来院時：体温 \_\_\_\_\_ 度 SPO2 \_\_\_\_\_ % HR \_\_\_\_\_ 回/分

県外 ( )

☆学校・幼稚園・保育園・育児サークルなど

( ) 小・中・高 ( ) 保育園・幼稚園

学童保育 ( ) 育児サークルなど ( )

☆校外活動の有無 ( 有 無 )

スポーツ ( ) 他 ( )

・居住地 自宅 ( ) 他 ( )

・家族構成 父 ・ 母 ・ 兄弟姉妹 ( ) ・ 祖父 ・ 祖母

・ 1 週間以内に訪れた場所 ( )

・ 患者周囲に同じ症状の人 あり ( ) ・ なし ・ 不明

・ コロナ感染のリスク 感じる ・ ないと思う ・ わからない

・ 不調の始まり ( ) 日ほど経過 ・ 当日 ・ 不明

そのために 受診あり ( 当院 ・ 他院 ) 未受診 不明

【昨日から現在までに】

熱っぽい あり ・ なし ・ 不明 ( 来院前の発熱の最大値： \_\_\_\_\_ °C ・ 不明 )

だるさ あり ・ なし ・ 不明

食欲不振 あり ・ なし ・ 不明

筋痛 あり ・ なし ・ 不明

頭痛 あり ・ なし ・ 不明

鼻汁 あり ・ なし ・ 不明

咽頭痛 あり ・ なし ・ 不明

咳嗽 あり ・ なし ・ 不明

呼吸困難 あり ・ なし ・ 不明

下痢 あり ・ なし ・ 不明

腹痛 あり ・ なし ・ 不明

吐き気や嘔吐 あり ・ なし ・ 不明

既往歴  
体重  
アレルギーの有無  
薬の希望 (錠剤・粉)

【連絡先：父・母 氏名】

【父・母の車種・ナンバー・色】

本人・家族 コロナワクチン接種 ( 済 ; 1 回 ・ 2 回 ・ 3 回 ・ 4 回 未 )

保健福祉センターへ電話 ( あり ・ なし )