発熱外来専用問診票

受診日 令和　　年　　月　　日 体重 kg　　体温 　℃

※感染症法に基づき陽性になった場合は、自費•公費に関わらず保健所へ報告させていただきます

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| なまえ |  | | | | 生年月日 | | 年齢 | |
| 名前 |  | | | | S, H, R / / | | 歳 | |
| 住所 | 〒 | | | | | 未成年では保護者名 | | 続柄 |
|  | |  |
| 電話番号 |  | | | | |
| 日中必ず連絡が取れる電話番号 | | |  | | | 保護者の電話番号 | | |
| 症状 |  | | いつから | 詳細 | | | | |
| 発熱 | あり•なし | | 月 日から | 0C | |  | | |
| 咽頭痛 | あり•なし | | 月 日から |  | | 食事 可•不可 | | |
| 咳  息が苦しい | あり•なし | | 月 日から |  | | | | |
| 味覚障害  嗅覚障害 | あり•なし | | 月 日から |  | | | | |
| 下痢  嘔吐 | あり•なし | | 月 日から | 回 | |  | | |
| だるい | あり•なし | | 月 日から | その他の症状 | | | | |
| ｺﾛﾅﾜｸﾁﾝ  接種歴 | 1回目　　 年　月　日　　　2回目　　 年　月　日　　　3回目　　 年　月　日  （種類　　　　　　）　　 （種類　　　　　　）　　 （種類　　　　　　） | | | | | | | |
| 妊娠　 　週 | | アレルギーのある方はご記入下さい | | | 薬剤アレルギーのある方はご記入下さい | | | |
| 職業•学校•幼稚園•保育園 | | |  | | | | | |
| 通勤•通学方法 | |  | | | | | | |
| 家族構成(同居者） | | 父•母•子•祖父•祖母 その他（　　　　　　） | | | | | | |
| 最近発熱、あるいは体調の悪い方と接しましたか？  はい いいえ | | | | | | | | |
| その他、何か思い当たることがありましたら、ご記入ください。 | | | | | | | | |
| 〈支払方法〉現金、PayPay、LINE Pay、銀行振込 | | | | | | | | |