

： _____（ ） インフル・ｺﾛﾅ / インフルのみ（ ）（再診）問診票

ふりがな	年 齢
お名前	男・女 歳 カ月

体温 _____℃ 体重 _____kg

ご家族でインフル・コロナまたは他感染症と診断された方はいますか？（直近2週間以内）

誰が： _____ いつ： _____ インフルA・B / コロナ / その他（ _____ ）

※本日はどのような症状ですか？

☐ 風邪以外の症状（いつから、どのような症状ですか？）

☐ 発熱（37.5℃以上） _____ 月 _____ 日 朝・昼・夜 頃から _____ 最高 _____℃

※解熱剤を使用している場合はご記入ください → 最終使用 _____ 月 _____ 日 _____ 時頃

☐ 咳 _____ 月 _____ 日 から 痰・ぜいぜい・ケンケン・その他（ _____ ）

☐ 鼻水 _____ 月 _____ 日 から 鼻づまり・くしゃみ

☐ 痛み _____ 月 _____ 日 から 頭・のど・おなか・耳・その他（ _____ ）

☐ 嘔吐 _____ 月 _____ 日 から 吐き気

☐ 下痢 _____ 月 _____ 日 から 水様・軟便・泥状

☐ 肌 _____ 月 _____ 日 から 発疹・乾燥・かゆみ・その他（ _____ ）

部位（頭・顔・首・胸・おなか・背中・手・足・おしり）

☐ その他 _____

食欲： ☐通常 ☐いつもの半分くらい ☐少し ☐全く食べず

水分： ☐通常 ☐いつもの半分くらい ☐少し ☐全く飲めず

元気： ☐あり ☐いつもよりない ☐ない ☐機嫌悪い ☐ぐったりしている

☐ 治癒証明書・登園許可書希望 ☐ 鼻吸引希望 ☐ 吸入希望