

(再診) 問診票

ふりがな	年 齢
お名前	男・女 歳 カ月

体温 _____℃ 体重 _____kg

コロナ・インフルエンザ検査の希望はありますか？ ☐ はい ☐ いいえ

☐ インフルのみ ☐ コロナ・インフル

※検査希望の方は記入してください（車のナンバー）（色）

注：検査の受付時間 AM11:30まで PM18:00まで

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？

☐ 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）

☐ 風邪以外の症状 （いつから、どのような症状ですか？）

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