

発熱・新型コロナウイルス感染症に関する問診票

受診券番号		記入日： 令和 年 月 日
フリガナ		体重 性別
氏名 Name		Kg 男 女 M F
生年月日 birth	S/H/R 年 月 日	年齢 歳 ヶ月
現住所 Address	初診の方・住所変更がある方のみで結構です	
通っている場所 school or nursrv	( ) 幼稚園・保育園・こども園 子校・子園	
ケータイ電話番号		
お車でお越しの方	車種 色 ナンバー	
同乗者がいる場合		
ご利用の薬局	ポプリ薬局・いるか薬局・その他 ( )	
1.今日はどうしましたか (熱、咳、鼻水、のどの痛み、下痢、嘔吐、発疹、定期受診、発達相談)		

来院時の体温	℃
--------	---

2.熱はありますか ある いつから ( ) 何度 ( )  
 あった いつ何度 ( から まで最高 度)  
 ない

3.家族・普段過ごす場所に流行しているものはありますか？  
 ある (RSウイルス・インフルエンザ・風邪・胃腸炎・その他 )  
 ない

4.家族・普段過ごす場所に新型コロナウイルスの濃厚接触者や疑いのある方はいますか？  
 いる 具体的に ( )  
 いない