

# 濃厚接触者 ・ 新型コロナ陽性者 ・ 発熱外来問診票

診察券No.

発熱や感染症の疑いで来院された皆さんに病気の流行状況についてご確認させて頂いております。皆様の健康の速やかな回復のため、どうかご協力をお願いいたします。

日付	/	年齢	才	なまえ	
体温	°C	体重	kg	(ひらがなで)	
携帯番号 (本日持参する物)				住所	県 市

## ※全ての方がご記入して下さい※

- 苦手なお薬に✓を入れてください  
錠剤 粉薬 シロップ 特になし
- 熱性けいれん  
 ( なし ・ あり 最終けいれん 才頃 )
- 他のお薬はありますか  
 ( なし ・ あり 薬品名 )
- 薬剤のアレルギーはありますか  
 ( なし ・ あり 薬品名 )
- お薬はくまのこ薬局でもらいますか ( はい ・ いいえ )
- 新型コロナに感染したことはありますか ( はい → \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月頃 ・ いいえ )
- 新型コロナワクチンについて  
 (1) 本人は、今までに新型コロナの予防接種を受けられましたか？  
 はい  いいえ
- 2023年10月以降にインフルエンザの予防接種は受けられましたか？  
 はい  いいえ
- (2) 本人は3ヶ月以内に新型コロナの予防接種を受けられましたか？  
 はい  いいえ

### <当てはまる症状に✓を入れてください>

発熱 \_\_\_\_\_月\_\_\_\_日 から \_\_\_\_\_月\_\_\_\_日 まで

( 咳 ・ 鼻水 ・ くしゃみ ・ 頭痛 ・ 喉の痛み )

※当てはまるものに○を付けてください

↳ \_\_\_\_\_日前から

( 腹痛 ・ 下痢 ・ おう吐 )

※当てはまるものに○を付けてください

↳ \_\_\_\_\_日前から

### ↳ <おう吐の症状がある方>

・ 吐いた回数 \_\_\_\_\_回

・ 咳は出ましたか

( はい ・ いいえ )

・ 最初に吐いた時間

\_\_\_\_\_日 \_\_\_\_\_時 \_\_\_\_\_分

・ 最後に吐いた時間

\_\_\_\_\_日 \_\_\_\_\_時 \_\_\_\_\_分

・ 最後に吐いてから

食べた量 種類 \_\_\_\_\_

量 \_\_\_\_\_

### <当てはまる欄に✓を入れてください>

#### 1. 周囲に以下の病気の方はいますか？

新型コロナ ( 家族 ・ 園 ・ 学校 )

インフルエンザ ( 家族 ・ 園 ・ 学校 )

その他 ( 病名 \_\_\_\_\_ )

当てはまるものはない

#### 2. 今回の症状で検査を受けましたか

新型コロナ < 自宅 ・ 病院 > → ( 陰性 ・ 陽性 )

インフルエンザ → ( 陰性 ・ 陽性 )

その他 ( 病名 \_\_\_\_\_ ) → ( 陰性 ・ 陽性 )

当てはまるものはない

**\* アトピー性皮膚炎・食物アレルギー・その他の定期受診に関する診察は、感染外来でのご案内が出来ません。体調が回復次第、再度ご受診をお願い致します。**

その他 ( \_\_\_\_\_ )