

濃厚接触者 ・ 新型コロナ陽性者 ・ 発熱問診票

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	℃	体重	kg	(ひらがなで)			
携帯番号 (本日持参してる物)					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)
- 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)
- 本人は、インフルエンザワクチンを
2025年10月以降に受けられましたか？
□ はい □ いいえ
- 他の医療機関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)

<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・飲んだ量
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うけましたか

- 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)
- まだ検査を受けていない

* 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
ご案内することが出来ません。
体調が回復次第、再度ご受診をお願い致します。

□ その他 ()

2026年 グリムこどもとアレルギーのクリニック 院長