

発熱に関する問診票(小児)

車種:色:ナンバー:

現在の体温

()℃

解熱剤使用()時 頃・未使用

最高 (※今回の発熱での)

()℃

発熱はいつからですか?

日前の 時頃

お子様の氏名 ()歳

通園・学校名

付添者の携帯番号 (父・母・その他)

6ヶ月以内にインフルエンザ・新型コロナに感染しましたか?

いいえ ・ はい(年 月頃)(インフル A ・ B ・新型コロナ)

質問 1: お子様の生活環境について

以下の事項について「はい」もしくは「いいえ」に○をつけて下さい。

	質 問	お 答 え	
①	ここ3日間以内に、通われている保育園、幼稚園、学校等で、 新型コロナウイルス感染症 が発生していますか？	はい	いいえ
②	ここ3日間以内に周りで インフルエンザ が発生していると聞きましたか？	はい	いいえ

質問2: 同居のご家族様の3日以内の症状について

質 問	お 答 え	
3日以内に 同居のご家族 に発熱、または咳(せき)、下痢(げり)を含む体調不良がありましたか？ それはどなたですか？ 父 ・ 母 ・ 兄弟姉妹 ・ その他() ※ 症状、検査の有無 (当院を受診した場合は お名前も) ()	はい	いいえ

質問3: お子様の現在の症状について

以下の症状がありますか？ 「はい」もしくは「いいえ」に○をつけて下さい。

①	のどの痛み	はい ・ いいえ	⑧	下痢(げり)	はい ・ いいえ
②	だるい	はい ・ いいえ	⑨	軟便	はい ・ いいえ
③	身体が痛い	はい ・ いいえ	⑩	お腹が痛い	はい ・ いいえ
④	鼻水が出る	はい ・ いいえ	⑪	吐き気	はい ・ いいえ
⑤	咳(せき)	はい ・ いいえ	⑫	嘔吐	はい ・ いいえ
⑥	痰(たん)がからむ	はい ・ いいえ	⑬	体重は？ (kg)	
⑦	頭が痛い	はい ・ いいえ	⑭	その他()	

質問 4: 1週間以内に検査を行いましたか？

PCR 検査 → はい (月 日)(当院・他院) ・ いいえ →結果(陽性 ・ 陰性)

コロナ抗原検査 → はい (月 日)(当院・他院・市販品) ・ いいえ →結果(陽性 ・ 陰性)

インフルエンザ検査 → はい (月 日)(当院・他院・市販品) ・ いいえ →結果(陽性 ・ 陰性)

★今回、コロナの検査を (希望する ・ 先生の判断に任せる)

★今回、インフルエンザの検査を(希望する ・ 先生の判断に任せる)