月　 日

発熱外来専用問診票

問診票記入後、**保険証**・**受給者証**(お持ち方)・

**診察券**(お持ちの方)を隔離室の中のケースへ入れ、インターフォンを鳴らして、**車で待機**下さい。

フリガナ

　名前　　　　 ( 　 歳)

生年月日 西暦　　年　月　日 通園通学先:

〒( 　 -　 )

住所

携帯電話番号

車の車種・ナンバー

●**今日はどのようなことで来院されましたか？**

　□発熱（最高　　　℃）□咳　　□呼吸苦　□鼻水　□咽頭痛　□頭痛　□腹痛　□その他(　　　　　　　　　　 　)

●**症状はいつ頃からありますか？**

　□今日から　　　　□　　　　日前から

●**10日以内にコロナ感染者と接触** あり(状況：　　 　　)・なし

●**コロナウイルスの罹患歴**　あり(　　　年　　月)・なし

●**処方希望**:あり・なし(体重　 kg:シロップ・粉・座薬・錠剤)

●**薬へのアレルギー**あり(　　　　　　　　　　 　　　 )・なし

●**基礎疾患**　あり（　　　　　　　　　　　　　　　　 ）・なし

●**コロナワクチン接種歴** あり(　　　 回)　・　なし

**●検査結果(ここはクリニックで記載いたします)**

ちとせおひさまこどもクリニック

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| コロナ抗原 | 陽性　・　陰性 | 〔その他〕 |
| コロナPCR | 　 陽性　・　陰性 |
| インフルエンザ | 陽性(A型・B型)・陰性ご協力ありがとうございました |