

問診表 さの小児科医院

新型コロナウイルス感染症対策のためご協力をお願いします。

この情報は、患者様の診察・治療上の目的以外は使用しません

名前： _____ 生年月日： _____

住所： _____ 電話： _____

○本日の体温 _____ °C ○本日・最近の体重 _____ kg (g)

37.5°C以上の発熱の場合； _____ 月 _____ 日頃から

○その他の症状

咳 鼻水 息苦しさ 倦怠感 頭痛 関節・筋肉痛

のどの痛み 吐き気・嘔吐 下痢 味や匂いが分からない

湿疹・皮膚の乾燥 その他

○3週間以内に飯田下伊那地区以外の場所に行きましたか？

本人：行っていない 行った（いつ _____ どこへ _____）

同居の家族・よく会う方：行っていない 行った

（誰が _____ いつ _____ どこへ _____）

○周囲に新型コロナウイルス感染症、濃厚接触者の方がいますか？

いない いる（関係： _____）

○今回、保健所には相談されましたか？ していない した（いつ： _____ 月 _____ 日）