発熱等の症状のある方の問診票(小児科) <u>ID:</u>	
問診日:R 年 月 日	
フリガナ:	生年月日: 年 月 日(歳)
氏名:	性別: 口男性 口女性
住所:□変更なし□変更有()	園名•学校名:
電話番号:	周囲の流行:
内服中の薬: □ない □ある	身長: cm 体重: kg
*職員記載欄 1、症状 平熱(°C)現在の体温(°C) SPO2(%)P() ①発熱(37.5°C以上) □なし □あり いつから(月 日) 最高発熱(°C、いつ() 解熱剤の使用 □なし □あり(最終使用:) ②下記症状 いつから(月 日) 呼吸器症状 □咳(少し・ひどい・痰がらみ・乾いた咳・ケンケンした咳) □鼻水(少し・ひどい・透明・黄色・青ばな) □痰 □呼吸困難・息苦しさ □咽頭痛	
	~10 回/日·10 回以上) ~10 回/日·10 回以上)
2、治療中の病気 <u>口なし</u> <u>口あり</u> ()
3、2週間以内の行動歴・接触歴の確認(同) ①新型コロナとの接触歴 □なし □あり 新型コロナウイルス感染症と診断された人との濃いつ()、どこで(②2週間以内の県外への移動・接触歴 □ □県外への移動あり : いつ(□県外の方との接触歴あり(食事や会いつ()、県名 ③周囲での有症状者 □なし □あり (誰・症状など: ④同居家族以外で4人以上の外食・会食がいつ()、どこで(厚接触がある(15 分以上で1m以内など) コなし 口あり
4、 新型コロナワクチン接種歴 <u>□なし</u> <u>□あり</u> ⇒ (ファイザー・ □1回目済 いつ(_
【備考】	