

## 再診問診票

<b>新型コロナウイルスワクチン接種歴</b>			過去に新型コロナにかかりましたか <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし (いつ：西暦 年 月 )	
<input type="checkbox"/> 1回目	西暦	年 月 日	新型コロナ感染症の方との濃厚接触 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
<input type="checkbox"/> 2回目	西暦	年 月 日	周辺での新型コロナ感染症の流行 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
<input type="checkbox"/> 3回目	西暦	年 月 日	同居の家族の発熱 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
受診日	年 月 日	氏名	ふりがな	男女 才 ヶ月
記入者	<input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 祖父母 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他( )	体温	°C	体重 kg
通所先（通園・通学先）を必ずご記入ください			保育園・幼稚園・学校 年 組	
どのような症状がありますか <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> ゼーゼーする <input type="checkbox"/> 呼吸が苦しい <input type="checkbox"/> 味やにおいがわからない <input type="checkbox"/> 強いだるさがある <input type="checkbox"/> せき <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> くしゃみ <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> おう吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 発疹(部位： ) <input type="checkbox"/> その他( )				
その症状はいつからですか		その他何かあればご記入ください		

**お薬手帳・体温表をお持ちの方は受付にお出しく下さい**

やまぎしこどもクリニック