

再診問診票

2週間以内の海外渡航歴はありますか あり なし
新型コロナウイルス感染症の方と濃厚接触は あり 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
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"/> 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てください

やまぎしこどもクリニック