

感染症外来問診票

年 月 日

氏名 (カテ) -----	性別	生年月日		
	男・女	西暦	年 月 日	(歳)
来院の方の携帯番号(保護者名 () -)	園・学校名・職種	現在の体温 °C	体重	

1 症状の当てはまる所へチェックをお願いします

	発熱	咳	鼻水	息苦しさ	倦怠感	痛み 部位()	嘔吐 下痢	皮疹
5日前	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4日前	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3日前	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2日前	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1日前	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
本日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

・その他の症状がありましたら具体的にお書きください

()

2 既往歴や現在治療中の病気はありますか？ 他院処方薬のある方は必ずお薬手帳をご提示下さい

いいえ

はい()

3 周囲で流行している病気はありますか？

いいえ

はい(流行している病気：)

4 同居家族のご職業と関係性を教えてください(母親の職種、父親の職業など)

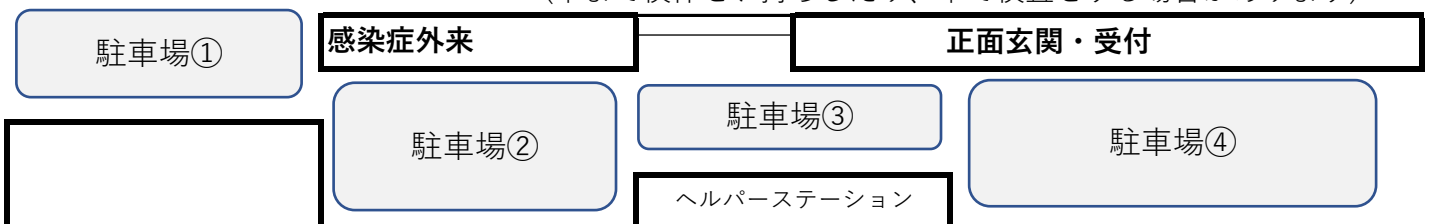
()

5 車で待機していただきますので、車の車種、色、ナンバーを教えてください

車種() 色() ナンバー()

6 車は駐車場のどこに停められていますか？下の地図、駐車場①～④に丸を付けてください

(車まで検体をお持ちしたり、車で検査をする場合があります)



←倉敷方面

岡山児島線

岡山方面⇒

◎病院から電話が来ましたら感染症外来へお入りください。(そのまま電話診察となることもあります)

医療法人 青木内科小児科医院

