◆小児科電話対応問診票◆

おくすり手帳　あり　・　なし

フリガナ　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　**来院予定時間**　（　　）

名　　前　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（ ID:　　）　**生年月日**　＿＿＿＿＿＿

性　　別　男　・　女　**年　　齢**　＿＿＿＿＿＿

学校名等　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　**居住地**　旧西条市　・　その他（　　）

①当院で今月コロナ・インフルエンザ検査をしているか　している　・　していない

②周囲の感染症流行状況　なし　・　あり（病名　　）

③症状について

発熱（いつ）＿＿／＿＿から　＿＿＿℃　最終検温＿＿＿時　＿＿＿℃

いつから（　　）

・　咳（ひどい・軽い）　・　鼻汁　・　咽頭痛　・　痰

・　だるさ　・　頭痛　・　関節痛　・　息ぐるしさ

・　嘔吐　・　下痢（１日　　回）

その他（　　）

④０歳～小学６年生（平日確認）

カンガルー病児保育の利用予定　なし　・　あり（いつから　　／　　）

病児保育への連絡　未　・　済

⑤他院受診

なし　・　あり（いつ：　　病院名：　　紹介状：あり・なし　）

COVID その他の検査　未　・　済（いつ：　　）

（平日確認）病児保育利用希望の場合

病児利用書の記入　未　・　済

あれば
他院の病児保育利用書ももってきてもらう

かかっている病院で書いてきてもらって下さい

⑥基礎疾患の有無

心血管疾患　・　喘息　・　その他（　　）

⑦同伴する方の携帯電話番号　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（続柄　　）

●来院時注意事項の説明●

☐　保険証と乳幼児受給者証を持参。＋おくすり手帳をもってきてもらう

☐　車待機をお願いする（車の中から病院へ電話で連絡）

★小児科のみ★　発熱外来受付連絡用

来院時間（　　：　　）

氏　　名：＿＿＿＿＿＿＿＿（ＩＤ：　　）

携帯番号：＿＿＿＿＿＿＿＿（　　）