

《 問診票 》 体温（当院で測定） °C 月 日

名前 \_\_\_\_\_ 保育施設名 \_\_\_\_\_

本日必ず連絡のつく電話番号を記入してください。 (お子様の現在の体重 kg)

① ( ) - ② ( ) -

以前COVID19に罹患されましたか？ ①はい ( 年 月 日) ②いいえ

お子さんの様子をご記入ください。

熱	いつからの熱ですか？ 昨夜・今朝・その他 ( 月 日 AM・PM 時 °C) ( 昨夜の体温 °C ) ( 今朝の体温 °C ) 解熱剤使用しましたか？ ①はい ( 時頃 °Cで使った) ②いいえ		
咳	①出る ②とてもひどい ( 湿性 ・ 乾性 ) ③出ない		
鼻	①出る ②とてもひどい ( 透明 ・ 緑 ・ ドロドロ ) ③出ない		
睡眠	① 眠れている ② 眠れていない ③時々起きる		
機嫌	① 良い ② 悪い ③ 普通		
便	①出ている (普通便・軟便・泥状・水様) 夕方・昨夜・今朝 ( ) 回 ②出ていない		
嘔吐	嘔吐しましたか？ ①はい 夕方・昨夜・今朝 ( ) 回 ②いいえ		
食事	夕食は食べましたか？ ①食べる ②食べない ③あまり食べない		
	朝食は食べましたか？ ①食べる ②食べない ③あまり食べない		
水分	水分は摂取できていますか？ ①はい ②いいえ ③ほんの少し		
薬	朝の薬は飲みましたか？ ①はい ( 時頃) ②飲んでいない		