発熱　問診票

ふりがな お名前	性別　男　・　女	年齢　　歳	
	生年月日（西暦）　年　月　日	お子様の場合 体重　kg	
〒 ご住所			
電話番号　（　　）	荒川区内の保育園・幼稚園・小・中学校に所属しているお子様はご記入ください。 学校・園名		

① 現在の症状と、症状が発生した日をご記入ください。

現在の体温　　℃　　月　　日（　）から

② 症状について、あてはまる番号に丸をつけ項目の記入をお願いします。

1.発熱　2.咳　3.のどが痛い　4.鼻水　5.痰　6.強い倦怠感　7.息切れ・呼吸が苦しい

8.匂いがわからない　9. 味がわからない　10.嘔吐　11.下痢　12.頭痛　13.関節痛

14.その他（　　）

③ 薬・食べ物のアレルギーはありますか？　1. ない　2. ある（　　）

④ 治療中の病気等がありましたら、あてはまる番号に丸をつけてください。

1. ない　2. 糖尿病　3. 高血圧　4. 高脂血症　5. 心臓病　6. 腎臓疾患　7. 抗がん剤を使っている

7. 呼吸器疾患　8. 免疫抑制剤を使っている　9. その他（　　）

⑤ 喫煙はされますか？　1. 吸う　2. 吸わない

⑥ 女性の方のみ：あてはまる項目がありましたら、番号に丸をつけてください。

1. 妊娠中　2. 授乳中　3. 妊娠の疑いがある

⑦ 新型コロナウィルスワクチンを接種したことがありますか？

1. 接種したことがある　2. 接種したことがない

⑧ 新型コロナウィルス感染症の罹患歴について、あてはまる番号に丸をつけ項目に記入をお願いします。

1.　感染したことはない

2.　感染したことがある　　年　　月 頃