

問診票

ふりがな		性別	男	生年 月 日	年	月	日
お名前			女		歳	ヶ月	
ご住所	〒						
保育所名 学校名		体重 (1ヶ月以内)		kg	体温 (現在)		°C

周辺の感染症 (該当するものに○をしてください)	コロナウイルス インフルエンザ RS その他
通院中の他院や、服用中の薬があれば記入してください	

現在の状態はどうですか？（該当するものに○をしてください）

機嫌	普通	半分	それ以下
食欲	普通	半分	それ以下
水分	普通	半分	それ以下
尿量	普通	半分	それ以下
睡眠	普通	半分	それ以下

本日はどうされましたか？ 症状にチェックを入れ、書き込んでください。

☐	熱	/	日の 午前・午後	時頃から	°C 出て最高	°C	
☐	咳	/	日頃から	痰がからむ、 咳込む、 寝られない、 吐いたり/吐きそう、 声がれ、 ゼーゼー			
☐	鼻	/	日頃から	鼻水が 水・粘・黄・緑色、 鼻閉で苦しい 寝られない、 母乳が飲めない			
☐	嘔吐 吐気	/	日の 午前・午後	時頃から			
☐	下痢	/	日から、1日	回程度			
☐	痛み	咽 頭 腹					
☐	その他	()					
☐	解熱剤が必要	粉末 坐薬					
☐	7日以内ワクチン予約あり						

ご記入ありがとうございました

症状観察記録

記入日	
お名前	

月/日 (曜日)		2/26 (水)			/ ()			/ ()			/ ()			/ ()			/ ()		
測定時間		8	12	18	8	12	18	8	12	18	8	12	18	8	12	18	8	12	18
体温 ℃	40.0																		
	39.0																		
	38.0																		
	37.0																		
	36.0																		
症状	のどの痛み	++	+	-	++	+	-	++	+	-	++	+	-	++	+	-	++	+	-
	咳	++	+	-	++	+	-	++	+	-	++	+	-	++	+	-	++	+	-
	鼻水	++	+	-	++	+	-	++	+	-	++	+	-	++	+	-	++	+	-
	嘔吐	++	+	-	++	+	-	++	+	-	++	+	-	++	+	-	++	+	-