

<感染症関連問診票>

年 月 日

名前:

男・女 年令: 才 カ月

体温: °C

TEL

体重: kg

所属園・校名

付添の方(全員)の体温:

°C

	本人	家族(保育者)
かぜ症状(熱・鼻水・せき・下痢・だるい・嗅覚障害など)	なし・あり(職員が問診します。)	なし・あり()
周囲でのかぜ・インフル・コロナなどの流行	なし・あり()	なし・あり()
インフルエンザワクチン接種歴	今年度 経鼻・注射 回	今年度 経鼻・注射 回

*付添も含めて全員が発熱がなく、すべて「なし」の場合「予防接種・健診待合室」でお待ちください。

問診: 6歳未満のかかりつけ登録 有・無(希望 有・無) *マイナ受付時 診療情報取得同意 有・無

女性の場合、妊娠 有 (週) 無 授乳の有・無

紹介状持参 有・無

*服薬可能 syr・粉・錠剤(カプセル)・テープ

*1日3回○・× (1日 回希望)