【外来時・入院時問診票】

ID:　　★入院の方は入院当日に記入して 再来受付 に出してください。

名前：

職員記入欄

外来・入院共通	7日以内にコロナに罹患しましたか？	はい ・ いいえ	RED

外来受診の方	発熱（38℃以上）はありますか？	はい ・ いいえ	YELLOW・GREEN
	発疹はありますか？	はい ・ いいえ	
	嘔吐や下痢はありますか？	はい ・ いいえ	
	発熱に加え、鼻汁や咳はありますか？	はい ・ いいえ	

予定入院の方	入院日：　　年　　月　　日		
	朝起きてから下記の症状がありますか？ □発熱（37.5℃以上） □咳　□ゼイゼイしている　□のどの痛み □鼻汁　□嘔吐　□下痢　□発疹 □その他気になる症状がありますか？ ★上記症状について主治医に何と言われましたか？ （　　）	はい ・ いいえ ↓ 9時頃に主治医にご連絡ください。	YELLOW・GREEN
	2週間以内に下記感染症に罹患した、または、下記感染症の人に接触しましたか？ 胃腸炎、麻しん、風しん、水ぼうそう、手足口病、おたふくかぜ、インフルエンザ、RSウイルス、結膜炎、その他（　　）	はい ・ いいえ ↓ 平日9時～17時に主治医にご連絡ください。	
全身麻酔で手術・検査予定の方	ぐらついている歯はありますか？ どこの歯ですか？ （　　）	はい ・ いいえ ↓ 歯科受診した□	
	3週間以内に予防接種を受けましたか？ 予防接種名（　　） 接種日（　　月　　日）	はい ・ いいえ	

千葉県こども病院　2026年10月改訂