

お子様用問診票

発熱(37.5 以上)	はい	いいえ
咳が出る	はい	いいえ
鼻水が出る	はい	いいえ
下痢・嘔吐がある	はい	いいえ
発疹がある	はい	いいえ
通院している場合(病院名: _____)		

年 月 日

氏名

保護者氏名

体温: _____ °C