



産後ケア ひまわり問診票

令和 年 月 日 氏名 体温 ℃

新型コロナウイルス対策のため、患者様ご本人と同居のご家族の体調を伺わせていただきます。現在を含め2週間以内に以下の症状等がありましたか？ □にチェックをお願いいたします。

1 患者ご本人様

	<input type="checkbox"/> なし			
	<input type="checkbox"/> あり	いつからですか？	月	日頃～
症状	<input type="checkbox"/> 発熱（ <input type="checkbox"/> 強いだるさ <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 嗅覚の異常 <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス発症者との濃厚接触 <input type="checkbox"/> 2週間以内の海外渡航 <input type="checkbox"/> 近隣で感染症の流行や接触 （インフルエンザ・胃腸炎・麻疹・風疹・流行性耳下腺炎） <input type="checkbox"/> 2週間以内に県内・外に問わず ”3密” の機会がありましたか？ （例：家以外での複数人での飲食、集会への参加、ジムや体育館での運動 カラオケ・ライブへの参加、パチンコ、マスクなしでの電車・バスの利用）	<input type="checkbox"/> 咳が出る <input type="checkbox"/> 息苦しさ <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 目の充血・目やに・涙目	<input type="checkbox"/> 痰が出る <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> 味覚の異常 <input type="checkbox"/> 発赤・痛みを伴う発疹	

2 同居ご家族様

	<input type="checkbox"/> なし			
	<input type="checkbox"/> あり	いつからですか？	月	日頃～
症状	<input type="checkbox"/> 発熱（ <input type="checkbox"/> 強いだるさ <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 嗅覚の異常 <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス発症者との濃厚接触 <input type="checkbox"/> 2週間以内の海外渡航 <input type="checkbox"/> 近隣で感染症の流行や接触 （インフルエンザ・胃腸炎・麻疹・風疹・流行性耳下腺炎） <input type="checkbox"/> 2週間以内に県内・外に問わず ”3密” の機会がありましたか？ （例：家以外での複数人での飲食、集会への参加、ジムや体育館での運動 カラオケ・ライブへの参加、パチンコ、マスクなしでの電車・バスの利用）	<input type="checkbox"/> 咳が出る <input type="checkbox"/> 息苦しさ <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 目の充血・目やに・涙目	<input type="checkbox"/> 痰が出る <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> 味覚の異常 <input type="checkbox"/> 発赤・痛みを伴う発疹	

症状によってはご利用できないことがあります。ご了承ください。

代田産婦人科

