

日付： 年 月 日

外来体調チェックシート

診察券No. _____

本日の体調についてお答えください

氏名： _____

来院時体温： _____

℃

ご自分のことをお答えください。	
記入、または、該当する項目の□に✓を付けてください。	
2週間以内のコロナ感染歴	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 解除日 (/)
咳	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>
喉の痛み	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>
鼻水	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>
下痢・嘔吐	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>
2週間以内の同居家族コロナ感染歴	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 解除日 (/)

◆本日の受診内容をお答えください (□内に"✓"して下さい)

【産科 (妊娠中) の方】

- 妊婦健診
- 前回の経過診察 (来院指示あり)
- 逆子の確認診察
- その他相談

出血 (有 ・ 無)

張り (有 ・ 無)

痛み (有 ・ 無)

【婦人科の方】

- 前回の経過診察 (来院指示あり)
- 前回実施の検査結果確認のみ
- 内服中の薬を取りに来た
- その他相談

直近の生理開始日 : 月 日 ~

基礎体温表持参 (医師より指示あり)

予防接種

乳児健診