

【外来時・入院時間診票】

ID：

★来院当日に記入して

名前：

受付窓口

に出してください。

職員記入欄

外来入院共通	7日以内にコロナに罹患していますか？	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	
入院の方	入院日： 年 月 日		
	発熱、鼻汁、咳、発疹、嘔吐、下痢、 その他気になる症状がありますか？	はい ・ いいえ ↳ 9時頃に 主治医にご連絡 ください	YELLOW ・ GREEN
	4週間以内に下記感染症に罹患したり、下記感染者に接触しましたか？ 胃腸炎、はしか、風疹、みずぼうそう、手足口病、 おたふくかぜ、結膜炎、インフルエンザ、 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	
	食物、薬物、金属アレルギーなどがありますか？ アレルゲンは何ですか？（ ）	はい ・ いいえ	
	制限されていることはありますか？ 制限されている項目に○をつけてください。 塩分・水分・糖分・脂質・グレープフルーツ・納豆・カロ リー その他（ ）	はい ・ いいえ	
	肌にトラブル（傷・赤み・湿疹・肌荒れなど）はありますか？	はい ・ いいえ	
全身麻酔 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	
	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 外来 2026年7月改訂

.....以下病院使用欄.....

- ☐ 計測入力
- ☐ 他科受診の有無
- ☐ 当日指示の有無
- ☐ 食事チェック表記載
- ☐ 食物アレルギー入力
- ☐ 皮膚トラブルの有無

【手術予定】

- ☐ 術前検査
- ☐ 術前チェック問診票
- ☐ アレルギー科受診
- ☐ 歯科受診（動揺歯があるときのみ）