

小児科問診票

年 月 日

フリガナ
氏名 _____ 年齢 _____ 性別 男 ・ 女 _____

本日一緒に来院された方の続柄() 体重 _____ kg 来院時の体温 _____ °C
(※受付で体温を測り記入して下さい)

下記の該当する□欄にチェック☑を入れて下さい

1)どのような症状がありますか？(特に気になる症状には◎をつけて下さい)

- 発熱(_____ °C _____ 月 _____ 日 _____ 時頃から)
せき(_____ 月 _____ 日から) のどの痛み(_____ 月 _____ 日から) ゼーゼー(_____ 月 _____ 日から)
鼻水(_____ 月 _____ 日から) 鼻詰まり(_____ 月 _____ 日から)
頭痛(_____ 月 _____ 日から) 腹痛(_____ 月 _____ 日から) 吐き気(_____ 月 _____ 日から、1日 _____ 回)
下痢(_____ 月 _____ 日から、1日 _____ 回) 痛み・腫れ(場所: _____ 月 _____ 日から)
かゆみ(_____ 月 _____ 日から) 発疹(_____ 月 _____ 日から) 検査の結果 _____
定期薬が欲しい (_____)
その他、心配な事 (_____)
機嫌 (良い ・ 悪い) 食欲 (有 ・ 無)
水分 (とれる ・ とれない) 睡眠 (良 ・ 不良)

2)今までに入院や手術をした事がありますか？又は、他院でフォローされている病気はありますか？

- ある (病名: _____) (いつから: _____)
ない

3)現在使用中のお薬はありますか？(※お薬手帳や薬剤情報用紙を提出して下さい)

- ある (薬品名: _____)
ない

4)食べ物や薬でアレルギーはありますか？

- ある (食品名: _____) (薬品名: _____)
ない

5)今までに熱性けいれんを起こした事がありますか？

- ある (最後は _____ 歳ごろ) (今までに _____ 回) ない

6)家族構成 : ご家族で体調不良の方がいらっしゃる場合は症状もご記入下さい

(_____)

7)どちらの保育園・幼稚園・学校へ通われていますか？ : 流行中の病気があればご記入下さい

(_____)

8)新型コロナウイルスの濃厚接触者に該当する可能性はございますか？

- はい (※はいの場合、感染者の背景などご記入下さい)
いいえ

9)1か月ぐらいの間に旅行等へ行かれたか？

- はい (どちらへ: _____) いいえ