

問診票（小児）

TEL:	車種:	メーカー:	色:	No:
------	-----	-------	----	-----

ふりがな	生年月日			
ご氏名	平成・令和	年	月	日生
		(歳	ヶ月)
体重	kg	体温	℃	かかりつけ登録 <input type="checkbox"/>

体重測定 診察室内にてお願いします

院内記入欄	処方	あり	なし
-------	----	----	----

☺本日はどうされましたか？（分かる範囲でご記入をお願いします）☺

<input type="checkbox"/> 発熱	月 日～ AM/PM 時頃～ °C → 解熱剤使用（あり・なし）
<input type="checkbox"/> 鼻汁	月 日～ →（さらさら・ネバネバ・鼻づまり・他：）
<input type="checkbox"/> 咳	月 日～ →（痰がらみ・から咳・ゼーゼー・他：）
<input type="checkbox"/> 嘔吐	月 日～ →回数（1日 回くらい・最後に吐いた時間AM/PM 時頃）
<input type="checkbox"/> 下痢	月 日～ →回数（1日 回くらい） かたち（水様・泥状・軟） 色（黄茶色・白色・血が混ざる）
<input type="checkbox"/> 発疹	月 日～ 部位（頭・顔・手・足・お尻・口の中・他：）
<input type="checkbox"/> その他	（気になること等をご記入ください）

○小児科が混んでいる場合内科での診療を希望しますか（はい・いいえ）

◎水分摂取（いつもどおり・少ない）

【新型コロナウイルス関連問診】

◎食事摂取（いつもどおり・少ない）

①1ヶ月以内の旅行 ある(どこに:) なし

◎睡眠（いつもどおり・眠れない）

②家族や周囲の発熱 ある(誰:) なし

◎機嫌・元気（いつもどおり・悪い）

③家族や周囲のコロナ陽性者 あり なし

◎おしっこ（出る・出ない）

④他県への出張 ある(誰: どこに:) なし

⑤仕事で他県の方と会うか ある(県:) なし

◎ご家族や学校・幼稚園・保育園で体調を崩している方はいますか？

（なし・あり → 病名:)

現在 他院にて治療中の病気はありますか。（はい・いいえ）

はいの方は（病名:)

飲んでいるお薬はありますか（薬品名:)

♣お薬手帳がある方は受付にお出し下さい♣

◎お薬の希望（水薬・粉薬・錠剤またはカプセル・服用したことがない）