

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 °C | 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）