問診票（小児）

TEL:	車種：	メーカー：	色：	No：

ふりがな ご氏名	生年月日 平成・令和　　年　　月　　日生 （　　歳　　ヶ月）

体重　　kg	体温　　℃	かかりつけ登録

□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お願いします）☺

□発熱	月　　日～　AM/PM　　時頃～　　℃　→　解熱剤使用（　あり・　なし　）
□鼻汁	月　　日～　→（さらさら　・　ネバネバ　・　鼻づまり　・　他：　　）
□咳	月　　日～　→（痰がらみ　・　から咳　・　ゼーゼー　・他：　　）
□嘔吐	月　　日～　→回数（１日　　回くらい　・　最後に吐いた時間AM/PM　　時頃）
□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　）
□発疹	月　　日～ 部位（　頭　・　顔　・　手　・　足　・　お尻　・　口の中　・他：　　）
□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　）

◎**食事摂取**（　いつもどおり　・　少ない　）

◎**睡眠**　（　いつもどおり　・　眠れない　）

◎**機嫌・元気**（　いつもどおり　・　悪い　）

◎**おしっこ**（　出る　・　出ない　）

【新型コロナウイルス関連問診】

①1 ヶ月以内の旅行　ある(どこに:　　)　なし

②家族や周囲の発熱　ある(誰:　　)　なし

③他県への出張　ある(誰:　　どこに:　　)なし

④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　）

いそざきファミリークリニック