

問診票

フリガナ お名前		様	男・女	
生年月日	年 月 日	(歳 カ月)	体重 () kg	
() 保育園・幼稚園・小学校・中学校				

●新型コロナウイルス陽性者、濃厚接触者の方はまわりでいますか？

はい いいえ

●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)

●今日はどのような症状で来院されましたか？

発熱 (°C) (月 日AM/PM 時頃～) →現在の体温 (°C)

咳 (いつから) →(痰がらみ・から咳・ゼーゼー・他_____)

はな (いつから) →(さらさら・ネバネバ・鼻づまり・他_____)

痛み (いつから) →(頭・のど・腹・耳・その他_____)

嘔吐 (いつから) →回数 (1日 回くらい) 吐き気

下痢 (いつから) →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・他_____)

便秘 (いつから) →ふだんの排便 (___日に___回)

肌【ぶつぶつ・赤み・乾燥】 (いつから_____)

部位 (頭・顔・手・足・お尻・口の中・他_____)

眼 (右・左) (目やに・かゆみ・充血) (いつから_____)

喘息の定期検診

その他 (_____)

●いまの状態はどうですか？

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)

●薬や食品で皮膚に発疹やじんま疹が出たり、具合が悪くなったことがありますか？

なし あり (薬・食品名_____)

●今、服用されているお薬はありますか？

なし あり→ 当院処方薬

→ 他院処方薬 (薬品名_____)

※お薬手帳をお持ちの方は受付時にお出してください。

●希望する薬の種類はありますか？

なし

あり→錠剤またはカプセル・粉薬・シロップ

解熱剤 (錠剤・粉薬・坐剤)

※明細書をご希望の方は窓口までお申し出下さい。



みはし小児クリニック