

特診室

授乳室

問診票

日付 _____

きょうだい受診

この問診票は本日の診察を円滑に進める目的以外には使用いたしません。
ご記入にご質問がございましたら、お申し出ください。

新型コロナワクチン接種

なし ・ 1回 ・ 2回

ふりがな

氏名 _____ 男・女

小学校・幼稚園・保育園

生年月日 平成・令和 年 月 日

年齢 歳 ヶ月

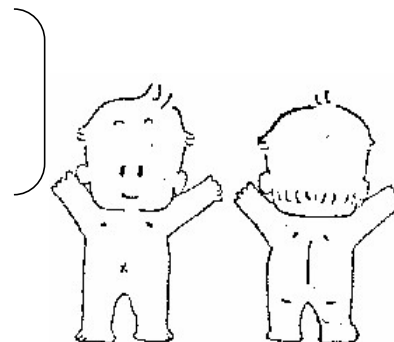
現在の体温 _____ °C

体重 _____ Kg

1. 本日の症状（受診目的）を教えてください。

いつから

- 発熱 (月 日 ~)
- 咳 (月 日 ~)
- 鼻汁 (月 日 ~)
- 下痢 (月 日 ~) 回/1日
- 嘔吐 (月 日 ~) 回/1日
- 食欲低下 (月 日 ~) どの程度? 水分は? とれる・とれない
- 痛み (月 日 ~) 部位
- その他 (_____)



(発疹はどこにありますか?)

2. 現在、発疹や耳の下の腫れはありますか? はい いいえ

- 発疹
- 耳の下の腫れ

3. 2週間以内に、まわりに発熱している方、新型コロナウイルス感染症の方はいますか?

- いいえ
- 発熱 () 新型コロナ ()

4. 上記症状で他の医院などで診察を受けましたか? はい (月 日) いいえ

5. お薬は飲んでいますか? はい (当院 ・ 他院) いいえ
(お薬の名前 _____)

(お薬手帳・説明シート等ありましたら診察時にお出してください)

6. おくすりや食べ物でアレルギーをおこした事がありますか?

- はい いいえ
- おくすり (_____)
- 食べ物 (_____)

7. 今までにかかった大きな病気や、入院歴、慢性の病気をご記入ください

- 喘息 けいれん (熱性 無熱性) その他 (_____)