

小児科問診票						( 年 月 日 )		
ID			生年月日	年 月 日	年齢	歳 ヶ月		
ふりがな 氏名			SPO2	%	性別	男 ・ 女		
体重	kg	身長	cm	HR	回/分	体温 °C		
アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり →		食べ物( ) 薬( )		その他( )			
発熱で受診、来院時に発熱に気づいた場合の診察は、発熱順番で診察させていただきます。 専用の待合室が混み合いましたら一旦、車でお待ちいただきます。(発熱駐車場あり) 入室時間の設定をしますので順番に発熱扉から入っていただき名前をお伝えください。 時間に入室がない場合は、次の方の診察をさせていただきます。 携帯番号や車番は会計やお薬の手渡しに必要ですので必ず記載をお願いします。								
携帯番号:	( - - )		付き添い者:	<input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 祖父母				
発熱のあるお子様の受診は必ず記載してください (車種: 車番: 車色: )								
来院理由(症状)								
<input type="checkbox"/> 発熱	月	日から	最高 ( 度)					
<input type="checkbox"/> 咳 ・ 鼻水	月	日から	<input type="checkbox"/> ケンケンした咳					
<input type="checkbox"/> 喘鳴(ぜーぜー)	月	日から	入眠( <input type="checkbox"/> できている・ <input type="checkbox"/> 時々起きる )					
<input type="checkbox"/> 嘔吐 ・ 下痢	月	日から	1日( 回) 本日 回					
<input type="checkbox"/> 腹痛	月	日から	1日( 回)					
<input type="checkbox"/> 頭痛	月	日から						
<input type="checkbox"/> 発疹(ぶつぶつ)	月	日から	(部位: )					
<input type="checkbox"/> 耳の下の腫れ	月	日から						
<input type="checkbox"/> 味覚 ・ 嗅覚障害	月	日から						
<input type="checkbox"/> 倦怠感	月	日から						
<input type="checkbox"/> けいれん(ひきつけ)	→	<input type="checkbox"/> 今回初めて	<input type="checkbox"/> 以前もあり( 回目)					
<input type="checkbox"/> その他	〔 〕							
食事	<input type="checkbox"/> 普段どおり	<input type="checkbox"/> 普段より少ない	<input type="checkbox"/> とれない					
水分	<input type="checkbox"/> 普段どおり	<input type="checkbox"/> 普段より少ない	<input type="checkbox"/> とれない	<input type="checkbox"/> 水分のみとれている				
尿回数	<input type="checkbox"/> 普段どおり	<input type="checkbox"/> 少ない	<input type="checkbox"/> でない (最終 時)					
気になること、心配なこと、ご希望を教えてください。								
ご家族・お友達で具合の悪い方、その他周りで流行している病気がありますか？								
<input type="checkbox"/> いいえ ・ <input type="checkbox"/> はい →( 学校 ・ 園 ・ 家庭内 )( 病名: )								
診察までに検査を先に希望されますか？								
<input type="checkbox"/> いいえ ・ <input type="checkbox"/> はい →( コロナ ・ インフルエンザ ・ 溶連菌 ・ アデノウィルス ・ RS )								
今までに大きな病気や入院されたことはありますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (病名: )								
他の医療機関で治療中ですか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (診断名: )								
現在内服中の薬はありますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ( )								