

小児問診票

お名前: _____ 生年月日:平成 令和 年 月 日 歳
保育園・学校: _____ 体重: _____ 本日の体温: _____℃

1. 本日はどうなさいましたか？
発熱(℃) 咳 痰(色) 鼻水 咽頭痛 腹痛 下痢 吐き気 嘔吐 元気ない
湿疹(部位:) その他()
 2. その症状はいつからですか？ _____ 日前から
他の医療機関にかかりましたか？ いいえ はい:医療機関()
お薬を飲みましたか？ いいえ はい:お薬名()
 3. 周囲に、上記のような症状のある方はいますか？
いる いない
 4. 過去2週間以内に新型コロナウイルスの患者さんと接したことはありますか？
ある ない
 5. 現在治療中の病気、けがはありますか？
ない
ある病名: _____
かかっている医療機関: _____
 5. 現在飲んでいるお薬はありますか？
ない ある: _____
 6. 今までにアレルギー・特異体質と言われたことはありますか？
ない ある:食物() 薬() その他()
詳しくご記入ください: _____
- ★今までにかかった病気を教えてください:
- 肺炎 熱性けいれん はしか 風疹 おたふく みずぼうそう 気管支喘息
溶連菌 その他()