

小児科問診票

氏名 _____ 歳 体温 _____ °C 体重 _____ kg

① どちらの学校・保育所へ通っておられますか？ ()

② 通っている学校・保育所で感染症の流行はありますか？

はい()・いいえ

③ かかりつけの病院はありますか？(病院名)

④ お薬や食べ物でアレルギーはありますか？

はい(食品名・薬品名)・いいえ・不明

⑤ 本日はどうなさいましたか？(具体的にお書き下さい)

発熱 有・無 (_____ °C) _____ いつ頃から()

咳 有・無 (湿性・乾性・喘鳴) いつ頃から()

(軽度・ひどい・夜間睡眠とれない・咳き込み嘔吐ある)

鼻水 有・無 _____ いつ頃から()

咽頭痛 _____ 頭痛 _____ いつ頃から()

発疹 有・無 (部位 _____) いつ頃から()

下痢 有・無 (1日 _____ 回程度) いつ頃から()

嘔吐 有・無 (1日 _____ 回程度) いつ頃から()

その他の症状

()

⑥ 今の症状でどこか別の病院を受診されていますか？

はい(病院名)・いいえ

⑦ 食欲はありますか？ はい・いいえ / 水分摂取 可・不可

⑧ 家族で体調不良ある方はいらっしゃいますか？ はい・いいえ