

小児問診 初・再 ID :

		受診日	年 月 日
お名前	ふりがな	男・女	平成 令和 西暦 生年月日 (年 月 日生 才 ヶ月)
ご住所	〒	お電話 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯	TEL 続柄 ()
幼稚園・学校		体重	kg 本日の体温 °C

1. 本日はどうなさいましたか？

発熱 (°C) 咳 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 ()
- ★当クリニックをお知りになったきっかけを教えてください。
- ホームページ (パソコン用 スマートフォン用) 知人紹介 広告 その他
- ★何か気になることがあればご記入ください: _____