

:

患者番号： _____

脈拍	血圧	呼吸回数	SpO ₂

※医療機関記入欄

発疹のあるお子さんはお申し出ください

問 診 票

記載日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

フリガナ		生年月日	
お名前 (男・女)		平成・令和	年 月 日
		(歳	ヵ月)
体重	kg	<input type="checkbox"/> まだ通園していない <input type="checkbox"/> () 保育園・幼稚園・小学校・中学校	
体温	℃	<input type="checkbox"/> 周りで流行している病気はありますか？ 流行なし・アデノ・RS・溶連菌・胃腸炎・水痘 おたふくかぜ・インフルエンザ・その他 ()	

♪今日の来院について、あてはまる症状を○で囲んでください

発熱	月 日 時頃～
ぜいぜい	月 日～
のどの痛み	月 日～
嘔吐	月 日～ 回/日
下痢	月 日～ 回/日
その他	

咳	月 日～
鼻水	月 日～
発疹	月 日～
腹痛	月 日～
血便	月 日～

♪風邪症状・発疹の方のみお答えください

2週間以内に予防接種を受ける予定はありますか？

いいえ はい

♪今回の症状で病院を受診しましたか？

<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	いつ： _____	どこに： _____
------------------------------	-----------------------------	-----------	------------

♪今回、熱さましを希望されますか？

<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい (坐薬・内服)
------------------------------	-------------------------------------

♪お薬の希望を○で囲んでください

<input type="checkbox"/> シロップ	<input type="checkbox"/> 粉薬	<input type="checkbox"/> 錠剤
-------------------------------	-----------------------------	-----------------------------

♪医師に相談したいことのある方はご記入ください

()

♪住所、電話番号の変更のある方はご記入ください 新電話番号 ()
 新住所 (〒)