

小児外来問診票

お名前 _____

年齢 歳 ヶ月

体温 . °C

体重 () Kg

今日はどうされましたか？

診察 定期通院【薬・検査・その他】

検査結果説明【アレルギー・脳波・MRI・その他 ()】

診察の方は、いつからどういう症状がありますか？

発熱 日から 嘔吐 日から 回/日

咳 日から 下痢 日から 回/日

鼻水 日から 腹痛 日から

ぜーぜー 日から 発疹^{ぶつぶつ} (部位) 日から

耳の下のはれ 日から その他 ()

●同居家族の方も同症状で本日受診されていますか？ (はい・いいえ)

*はいの方→どなたが受診されていますか？ ()

●周囲または家族内で2週間以内に新型コロナウイルス陽性と診断

された方はいますか？ (はい・いいえ)

*はいの方→どなたが陽性と言われましたか？ ()

いつ言われましたか？ ()

濃厚接触者と言われている方はいますか？ (はい・いいえ)

本日の受診までにどこかを受診されていますか？ (はい・いいえ)

なんと診断されましたか？ ()

現在服用中の薬はありますか？ ()

家族や園・学校で流行している病気はありますか？ ()

薬や食べ物でアレルギーはありますか？ ()

予防接種済のものに☑を、かかったものは○で囲んでください

ヒブ 肺炎球菌 四種混合 三種混合 ポリオ BCG

麻疹風疹 (MR) 日本脳炎 ロタ 水痘 おたふく B型肝炎

その他、何か伝えておきたいことがあれば、記入してください。