

小児科外来問診表

受診日 年 月 日

名前() 男・女) 年齢() 歳 ヶ月) 体重() kg) 体温() °C)

* 今日とは前回受診時の症状の続きですか? 【いいえ・はい】 看護師記入欄: SPO2 HR

* 以下のあてはまる症状に○をつけ、症状の始まった日にちを御記入ください。 例: 咳(4/15) 嘔吐(4/16 2回) など

食欲(有・無) 水分摂取(可・不可) 元気(有・無) 睡眠(眠れる・眠れない)
発熱 ⇒ () / から最高 °C) (解熱剤使用: 無・有 使用時間)

咳(/) 鼻水(/) のどの痛み(/) 喘息(/) 頭痛(/) 耳の痛み(/)

嘔気(/) 嘔吐(/) 下痢(/) 腹痛(/) 発疹(/)

その他()

* 通っている学校・園名を記入してください (保育園・幼稚園・小学校・中学校 / 通っていない)

その中で流行している病気がありましたら記入してください ()

* お薬手帳をお持ちでない方は、現在、飲んでいる薬を記入して下さい。【 】

* 薬のアレルギーはありますか? 【いいえ・はい ⇒ 】

* 希望の飲み薬の剤型はどれがいいですか? 【水薬(シロップ)・粉薬・錠剤 又は カプセル】

* 1ヶ月以内に予定している予防接種がありましたら記入してください。日にち【 / 】 種類【 】

* コロナワクチン接種歴 【なし・あり ()回】

* コロナ感染症にかかったことはありますか? 【なし・あり (年 月)】

* 周りにコロナ感染者、濃厚接触者、疑いのある方はいらっしゃいますか? 【いいえ・はい ⇒ ご関係: 】