

小児科問診票 (再診用)

緑が丘メディカルクリニック

お名前：	年齢： 歳 カ月	体重： kg
◆1ヶ月以内に新型コロナウイルスの流行している地域や国へ行きましたか？ (はい、いいえ)		
◆1週間以内にインフルエンザの流行している地域や国へ行きましたか？ (はい、いいえ)		
◆家族や身近な方で、最近、新型コロナウイルスにかかった方はおられますか？ (はい、いいえ)		
◆今日はどうかさいましたか？ あてはまる症状に○をされ、それはいつ頃からかご記入下さい。		
*発熱：いつ頃から？ 最高 ℃ *頭痛：いつ頃から？		
*せき・ゼーゼー：いつ頃から？ 程度は？：眠れる、時々起きる、眠れない		
*鼻水・鼻づまり：いつ頃から？ 水っぱな、時々青っぱな、いつも青っぱな		
*腹痛：いつ頃から？ 程度は？：眠れる、時々起きる、眠れない		
*吐き気・嘔吐：いつ頃から？ 何回位吐きましたか？ 大体 回		
*下痢：いつ頃から？ 一日何回位？ 回 色や臭いは？		
*発疹 (ぼつぼつ)：いつ頃から？ 体のどこに？		
*ひきつけ：いつ？ 何回目？ 回目 ひきつけの時 (熱があった、熱はなかった)		
*その他：		
◆今回何かお薬を飲みましたか？ (はい、いいえ) 他の病院にかかりましたか？ (はい・いいえ)		
◆御家族や周囲の方で、同様の症状の方はいらっしゃいますか？ (はい：どなた？ ．いいえ)		
◆薬は飲みますか？ (飲める・苦手・ほとんど飲めない) (ご希望は？シロップ・粉末・錠剤)		
◆解熱剤の処方を希望されますか？ (はい・いいえ) (ご希望は？坐薬・シロップ・粉末・錠剤)		