

問診票

記入日 月 日

| | | | | | | |
|------|----|----|------|-------|-----|---|
| ふりがな | | 男 | 生年月日 | 年 | 月 | 日 |
| 名前 | | 女 | (年齢 | 歳 | カ月) | |
| 住所 〒 | | | TEL | 自宅() | — | |
| | | | | 携帯() | — | |
| 身長 | cm | 体重 | kg | 体温 | ℃ | |

☆コロナウイルス感染症対策にご協力ください

2週間以内にコロナウイルス感染者と接触する機会がありましたか？ はい・いいえ

☆今日はどうされましたか？

- ・ 発熱 月 日頃から 最高()℃
- ・ 咳 月 日頃から 痰がらみ ゼーゼー ケンケン 乾いた咳
- ・ 鼻水 月 日頃から 透明 黄緑色 鼻づまり
- ・ のどの痛み 月 日頃から
- ・ 下痢 月 日頃から 1日()回 軟便 泥状 血便 白色
- ・ 嘔吐 月 日頃から 食物残渣 緑色の嘔吐 血液混入
- ・ 腹痛 月 日頃から 激しい痛み 時々痛がる ずっと痛がる
- ・ 便秘 月 日頃から 排便なし 普段は()日に()回排便
- ・ 発疹 月 日頃から 部位() かゆみ 赤み
- ・ 成長の相談
- ・ おねしょの相談
- ・ その他)

☆具合が悪くなってから現在までの様子は？

- ・ 食欲 (いつも通り 少なめ 全く食べない) ・ 他院での処方(あり・なし)
- ・ 水分 (いつも通り 少なめ 全く飲まない) 処方内容:
- ・ 尿 (いつも通り 少なめ ほとんど出ない))

☆現在治療中の病気はありますか？ (

☆定期で処方されているお薬があればお聞かせください。

(

☆お薬の希望 (粉・シロップ・錠剤) 解熱剤 (要・不要) (坐薬・粉・錠剤)

☆今までにかかった病気はありますか？

性瘻癢・てんかん・気管支喘息・突発性発疹・水ぼうそう・その他()

☆アレルギーはありますか？) 食物()

☆今までに受けられた予防接種に○をつけてください

ヒブ・肺炎球菌・B型肝炎・ロタ・四種混合・BCG・MR・水痘・おたふく・日本脳炎
二種混合・子宮頸がんワクチン・今季インフルエンザ・その他(

☆その他、心配なこと、ご相談されたいことがあればお知らせください

)

ほりえキッズクリニック