

No _____

20 年 月 日

問診票

ふりがな

名前 _____

才 ヶ月

男・女

体重: _____ Kg

★ 該当する所に☑と、いつから症状がでたかご記入ください

発熱経過 本日の最高体温 _____ °C

いつから38°C以上ありますか? 記入例: _____ 月/ _____ 日 _____ 38.5 °C

① _____ / _____ °C

② _____ / _____ °C

③ _____ / _____ °C

★ 薬の形状 / ・シロップ ・粉 ・錠剤 ・相談

鼻水 (/ ~) 水 ・ドロツとした ・つまり ・その他

咳 (/ ~) 痰絡み ・乾いた ・ヒューヒュー ・ゼーゼー ・咳込み吐く

喉の痛み (/ ~) 頭痛 (/ ~) 目ヤニ (右・左 / ~)

吐き気 (/ ~) 嘔吐 (/ ~) 本日 _____ 回

下痢 (/ ~) 水便 ・軟便 ・本日 _____ 回

便秘 (/ ~ _____ 日) 最後の排便 _____ / _____ ・普段から便秘

腹痛 (/ ~) 部位: 右・左 / 上・下

皮膚 (/ ~) ブツブツ ・かゆみ ・乾燥 部位 (_____)

★ 学校・保育園で流行している病気はありますか? 該当するものに ○

・ コロナ

※ いつ、どなたが? 詳しくご記入ください

・ インフルエンザ

例: ○月○日~ ・父母・兄弟・同じ学校、クラス、部活など

・ 胃腸炎

・ 溶連菌

・ アデノウイルス

・ RS ウイルス

★ 水分 (とれている・とれていない) ★ 尿量 (普段通り・少ない)

★ 他院で処方されている薬がある方は診察室でお薬手帳の提示をお願いします

※ 水痘・おたふく疑いの方は声をかけて下さい

★ 該当するものに ☑

その他症状など

溶連菌の再尿

皮膚の経過

舌下の経過

夜尿の経過

登園許可書

アレルギー書類

その他 (_____)