

問診票（再診）

点滴室①・点滴室②・点滴室③・点滴室④・隔離室

				(記入日) 令和 年 月 日			
フリガナ		男女	生年月日		昭・平・令 年 月 日		
氏名			年齢		(歳 ヶ月)		
体重 kg	体温 °C	() 保育園 () 幼稚園	(組)	() 小学校 () 中学校	(年 組)		
★ご住所・お電話番号の変更などがございましたら下記にご記入ください。 無・有							
住所	(〒 -)						
電話番号	(自宅) - -	(携帯) - -	(続柄:)				

① 本日はどのような症状がご心配で受診されましたか？

当てはまる症状に○をつけ、その症状がいつ頃からあるのかをご記入ください。

症 状	いつ頃から？どの程度？
発熱 (°C ~ °C くらい)	いつ頃からでしょうか？
頭痛・のどの痛み	いつ頃からでしょうか？
咳・痰・喘鳴 (ゼーゼー)	いつ頃からでしょうか？
鼻水 (色)・鼻づまり	いつ頃からでしょうか？
腹痛・吐き気・嘔吐・食欲不振・下痢・便秘	いつ頃からでしょうか？嘔吐は何回ありますか？下痢は何回ありますか？
発疹 ^{すいほう} ・水疱・湿疹・じんましん	いつ頃からでしょうか？体のどの部分でしょうか？
耳の痛み (右・左)・耳の下の腫れ (右・左)	いつ頃からでしょうか？
その他の症状	

② 現在治療中の病気や服用中のお薬がありますか？ (お薬手帳をお持ちの方はお出しください)

無・有 → (病名 薬名)

③ 現在同居されている方に体調の悪い方はおられますか？ **無・有** → (病名)

④ 周りで流行っている病気はありますか？ **無・有** → (病名)

⑤ お薬は錠剤・粉薬どちらをご希望ですか？ (8歳以上・30kg以上のお子さま) **錠剤・粉薬**



ご記入ありがとうございました。