

患者番号：_____

脈拍	血圧	呼吸回数	SpO ₂

※医療機関記入欄

発疹のあるお子さんはお申し出ください

問 診 票

記載日：_____年 _____月 _____日

フリガナ		生年月日	
お名前 (男・女)		平成・令和 年 月 日 (歳 カ月)	
体重	kg	・まだ通園していない ・() 保育園・幼稚園・小学校・中学校	
体温	℃	♪周りで流行している病気はありますか？ 流行なし・アデノ・RS・溶連菌・胃腸炎・水痘 おたふくかぜ・インフルエンザ・その他()	

♪今日の来院について、あてはまる症状を○で囲んでください

発熱	月 日 時頃～
ぜいぜい	月 日～
のどの痛み	月 日～
嘔吐	月 日～ 回/日
下痢	月 日～ 回/日
その他	

咳	月 日～
鼻水	月 日～
発疹	月 日～
腹痛	月 日～
血便	月 日～

♪風邪症状・発疹の方のみお答えください

2週間以内に予防接種を受ける予定はありますか？

いいえ

はい

♪今回の症状で病院を受診しましたか？

いいえ

はい

いつ：

どこに：

♪今回、熱さましを希望されますか？

いいえ

はい (坐薬・内服)

♪お薬の希望を○で囲んでください

シロップ

粉薬

錠剤

♪医師に相談したいことのある方はご記入ください

(

)

♪住所、電話番号の変更のある方はご記入ください 新電話番号 (

)

新住所 (〒

)