

小児科発熱外来問診票

* 6歳以下（6歳11ヶ月まで）の方は○で囲んで下さい→ 6歳以下

氏名（ _____ ）

電話番号（ _____ ）

体重（ _____ kg） 体重がわからない場合は測定しますのでお伝え下さい。

_____ 保育園、幼稚園、小学校、中学校、その他（ _____ ）

周りや園、学校で流行っている感染症などがあればお書きください。（ _____ ）

コロナワクチン： _____ 回済 or 未接種

コロナ感染歴： あり（いつ 年 月 日） or なし

- ① ・症状 熱（熱がある方は②もお答え下さい） / 鼻水 / 鼻づまり / くしゃみ
痰 / 咳 / ゼイゼイ（SpO2： _____ %、P _____ 回）
喉の痛み 頭痛 / 腹痛 / 便秘 / 下痢 / 吐く / 吐き気
ぶつぶつ(発疹) / 耳やあごの下が腫れている
その他（ _____ ） ※ _____ の症状がある方はすぐにお申し出下さい。

・いつから症状が出ていますか。

（ _____ ）

② ・現在の熱（ _____ °C）

・いつから熱がありますか（ _____ 月 _____ 日頃から、朝・昼・夕・夜中、 _____ °C）

③ ・現在他の病院、他科で治療中ですか（ はい ・ いいえ ）

・はいの方は何か薬を飲んでいますか（ _____ ）

※お薬手帳や紙があれば一緒にお出し下さい。

④ 定期薬希望の方（病気の名前、薬の名前、日数をお書き下さい。）

（ _____ ）

⑤ 処方される薬はどの剤型がよいですか（ シロップ ・ 粉 ・ 錠剤 ）

⑥ ・解熱剤は希望されますか（ はい ・ いいえ ）

・はいの方はどの剤型がよいですか（ 座薬 ・ シロップ ・ 粉 ・ 錠剤 ）