

小児科発熱外来問診票

氏名 (_____)

電話番号 (_____)

体重 (_____ k g) 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)