

小児科問診票（はなクリニック）

令和 年 月 日

フリガナ		性別	生年月日 ・ 年齢	体 重	現在の体温
氏 名		男・女	H・R 年 月 日	kg	℃

※当院が初めての方、久し振りの方、住所・電話番号に変更がある方は下記をご記入下さい。

住 所 (保護者名)	〒 -				
電話番号	有・無	携帯番号	①	続柄 () ②	続柄 ()
学校名 (保育園・幼稚園)		学校・保育園・幼稚園での コロナの感染状況	<input type="checkbox"/> 発生ある () <input type="checkbox"/> 発生なし		

該当する項目があればチェック☑し、必要事項を記載してください。

① 周りに体調不良、新型コロナウイルス感染症の方が いますか？

いない いる (いる場合下記に回答下さい)

新型コロナ 誰ですか () いつから 月 日 その他 () 誰ですか () いつから 月 日

インフルエンザ 誰ですか () いつから 月 日

② 新型コロナ感染症検査及び新型コロナ予防接種・インフルエンザ予防接種はお済みですか？

新型コロナ感染症検査 ⇒ 抗原・PCR (+・-) (月 日 実施) ・ なし

※新型コロナワクチン予防接種は何回接種しましたか？ 未 ・ 済 (回) 最終接種 (R 年 月 日)

※今季インフルエンザワクチン予防接種はお済みですか？ 未 ・ 済 (1回目 月 日 2回目 月 日)

③ 今日は、どのような 症状での受診ですか？ ⇒ 前回の続き

平熱 (°C)

発熱 (37.5°C以上) なし あり いつから (月 日) 最高発熱 (°C) いつ (月 日)

解熱剤の使用 なし あり (最終使用: 月 日 何時ごろ:)

・呼吸器症状 咳 (少し・ひどい・痰がらみ・乾いた咳・ケンケンした咳) 痰 咽頭痛 呼吸困難・息苦しさ

鼻水 (少し・ひどい・透明・黄色・青ばな)

・その他の症状 倦怠感 (重度・軽度) 関節痛 頭痛 味覚障害 臭覚障害 結膜炎 腹痛 発疹・肌

下痢 (1~5回/日・5~10回/日・10回以上)

嘔吐 (1~5回/日・5~10回/日・10回以上)

その他 ()

④ 上記の症状はいつからですか？

今日から 昨日から () 日前から その他 ()

⑤ その症状で他の医療機関へ受診されましたか？

している ⇒ (医療機関名:) していない

⑥ 現在内服中の薬はありますか？

ある ⇒ (薬品名:) ない

⑦ 薬や食べ物のアレルギーはありますか？

ある ⇒ () ない

⑧ 薬の種類の希望はありますか？

シロップ 粉薬 錠剤 坐薬 その他 () 希望なし

自家用車でご来院の場合、ご記入をお願いします。

車種・色 ()