|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 男 ・ 女 | 生年月日 | 西暦  年　月　日  (　　歳　ヵ月) |
| お名前 |  |
| 通園・  通学先 |  | | 体重 | kg |
| 記入者 | 母親　・　父親　・　祖父母  その他（　　　　　　　） | | 体温 | ℃ |

●今回はどのような症状で受診されましたか。

問診票　　小児科　　再診用

□定期受診　　□発熱（　日前から）□咳　　　□ぜーぜー　□鼻づまり　　□鼻水(水っぱな・青っぱな)　　□のどの痛み　□耳の痛み

□頭痛　　□腹痛　　□発疹　　□その他(　　　　　　　　　　　　)

●いつから症状続いていますか

□今日から　　　□　　日前から　　　□その他(　　　　　　　　　)

●現在の症状は、前回と比べてどうでしょうか。

□良くなっている　□変わっていない　□悪くなっている

●現在、周囲で流行している病気はありますか?

□あり(　　　　　　　　　　　　　　　)□なし

●希望する薬の剤形はございますか？

□シロップ　 　□粉薬　 　□錠剤　　　□座薬　　　 □どれでも良い

●当院以外のお薬の処方はありますか？□あり(薬名　　　　　　)□なし

●新型コロナウイルスについて

　周囲に感染もしくは疑いのある人はいますか？□はい(　　　)□いいえ

　過去14日以内にお住いの地域以外にいきましたか？

□はい(市町村名 　　 　　　)□いいえ

　同居する親や祖父母に発熱や咳はありますか？　□はい　　　□いいえ

●ほかにご心配なことがありましたら、ご記入ください。

□

明細書不要の方は✓をご記入下さい⇒