

# 問診票 小児科 再診用

フリガナ		男 ・ 女	生 年 月 日	西暦
お名前				年 月 日 ( 歳 カ月)
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。

- 定期受診     発熱 ( 日前から)     咳     ゼーゼー     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がありますか？ 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⇒