

小児科問診票

小児科外来 2024.2

*診察券なし

*2診Dr.希望

フリガナ	
氏名	男・女
園名・学校名（	）
保育所・幼稚園・小学校・中学校	

太枠の中をご記入ください。

体重	k g	現在の体温	℃
(着衣・脱衣) (本日測定)		SPO2	% P 回 呼吸数 回/分
●今日はどうかさいましたか？あてはまる症状にチェックをつけてください。			
<input type="checkbox"/> 発熱			
いつから [] (℃~ ℃)			
最終熱冷まし使用日時 [] 日 午前・午後 : 頃 (℃で使用)			
※1週間以内で家族や周囲にインフルや新型コロナなど流行性の風邪にかかった方はいますか？			
<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 病名 ()			
<input type="checkbox"/> 咳		<input type="checkbox"/> たん	
いつから []		いつから []	
<input type="checkbox"/> 鼻水		<input type="checkbox"/> のどの痛み	
いつから []		いつから []	
<input type="checkbox"/> 呼吸が苦しい <input type="checkbox"/> ゼーゼーする		<input type="checkbox"/> 頭痛	
いつから []		いつから []	
<input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> はき気		1日 _____ 回程度	
いつから []			
<input type="checkbox"/> 下痢		1日 _____ 回程度	
いつから []			
<input type="checkbox"/> 腹痛		最終排便 [] 日	
いつから []			
<input type="checkbox"/> 湿疹・発疹			
いつから []		部位 ()	
かゆみ (あり・なし)		痛み (あり・なし)	
●上記以外でこのような症状はありますか (食欲がない 水分が摂れない 普段より尿が少ない)			
●あてはまる症状がない場合は下記にご記入ください。			
●お薬と解熱剤の希望をご記入ください。			
<input type="checkbox"/> お薬の希望 [シロップ・粉薬・錠剤] <input type="checkbox"/> 解熱剤の希望 [不要 / 座薬・シロップ・粉薬・錠剤]			
●当院以外の病院を受診されていますか？また、その際処方を受けましたか？			
病院名 () 処方 あり・なし ()			
おくすり手帳 持参している・持参していない			

看護師使用欄

() ワクチン 済・未 BP / mmHg P 回/分

問診入力不要欄

◎母子手帳お預かりしている

◎お薬手帳お預かりしている