記入日　西暦　　年　　月　　日

問診票

フリガナ	男	年齢（　　才　　ヵ月）	体温（　　）℃
お名前	女	身長（　　）cm	体重（　　）kg

☆お子さん及び同居されている方で2週間以内に県外・海外へ行ったことのある方はいますか？　【 はい・いいえ 】

☆お子さん及び同居されている方で2週間以内に県外・海外から来られた方と接触されましたか？【 はい・いいえ 】

★【はい】の方は、お車で待機して頂きます。お電話をしますので連絡先をお書き下さい。

（　　－　　－　　）

☆下記のあてはまる症状に☑ をつけて、分かる範囲で詳細をご記入下さい。

«現在の症状»

□ 発熱	（　／　）		最高（　　）℃　解熱剤使用（ 有 ・ 無 ）
□ せき	（　／　）	から	乾いた咳 ・ 痰がらみ ・ ゼーゼー ・ ケンケン
□ はなみず	（　／　）	から	透明 ・ 黄緑色 ・ 鼻づまり
□ おうと	（　／　）	から	１日（　　）回　（ 吐く ・ 咳き込んで吐く ）
□ げり	（　／　）	から	１日（　　）回　（ 水様 ・ 軟便 ・ 血便 ）
□ 腹痛	（　／　）	から	（ ずっと ・ ときどき ）
□ 便秘	（　／　）		便が出ていない　もともと（　　）日に１回ペース
□ 頭痛	（　／　）		
□ 耳痛	（　／　）		（ 右 ・ 左 ・ 両方 ）
□ 発疹など	（　／　）		
□ その他	（　／　）		症状等をご記入ください（　　）

・食欲はありますか？　（ □ ある・ □ ない ）

・水分は取れていますか？　（ □ 取れる・ □ 少なめ・ □ 全く取れない ）

・おしっこは出ていますか？　（ □ あり・ □ 少なめ ・ □ 全く出ない ）

・現在他院へ通院中ですか？　（ □ いいえ・ □ はい ）

内服、外用している薬があればご記入下さい。　（ 薬の名前：　　）

・周りに同じ症状の方はいますか？　（ □ いない・ □ いる ）

どなたですか？　（　　）

・周囲で流行っている病気はありますか？　（ □ ない・ □ ある ）

流行っているのはどんな病気ですか？　（　　）

・大きな病気にかかったことがありますか？　（ □ ない・ □ ある ）

（　　）

・1ヵ月以内に受けられた【予防接種】はありますか？（ □ ない・ □ ある ）

（　　）

ご協力、ありがとうございました。

しみずこどもクリニック