問診票

お名前（ふりがな）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　男・女

生年月日　S/H/R ＿＿＿＿年＿＿月＿＿＿＿日　年齢＿＿＿歳

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

体温　＿＿＿＿℃　体重＿＿＿＿＿＿ｋｇ

新型コロナ感染リスクについて

①2、3 日前から 37.5 度以上の熱や咳の症状はありますか？　はい・いいえ

②新型コロナウィルスに感染した方と濃厚接触がありましたか。

はい・いいえ

③最近感染者が多発した施設あるいはイベントに行きましたか？

はい・いいえ

④通っている保育園・幼稚園・学校名（　　）

１．本日受診された理由をおたずねします。

① 熱・鼻水・鼻づまり・のどいた・咳・たん・くしゃみ・頭痛
腹痛・嘔吐・嘔気・下痢・めやに・目のかゆみ・目が赤い
湿疹・肌荒れ・肌の乾燥・肌のかゆみ・虫ささされ・便秘
食欲不振・元気がない
その他（　　）
その症状は、いつからですか？（　　）
まわりではやっている病気はありますか？
なし・あり（　　）

② 前回の続き→
熱は？　下がった（いつから？　　/　　）下がらない（　　日目）
その他の症状は？　よくなった・かわらない・わるくなった
どんな風に？（　　）

２．希望すること
検査（　　）吸引・吸入・点滴・治癒証明・診断書
薬　（粉薬・シロップ・錠剤・カプセル・座薬・塗り薬）
希望するもの（　　）

３．現在通院中の病気・服薬中の薬はありますか？　なし
あり→（　　）

４．薬のアレルギーはありますか？　なし・あり（　　）

５．食べ物のアレルギーはありますか？なし・あり（　　）

６．今までにかかった病気　なし
あり　(熱性痙攣・気管支喘息・突発疹・麻疹・みずぼうそう・おたふく)
その他→（　　）

７．今までに接種した予防接種
B 型肝炎 1/2/3・肺炎球菌 1/2//3/追加
ヒブ 1/2/3/追加・ロタリックス 1/2・ロタテック 1/2/3
四種混合 1/2/3/追加・BCG・MR 1 期/2 期・水痘 1/2
おたふく 1/2　日本脳炎 1/2/1 期追加/2 期　二種混合
三種混合 1/2/3/追加・不活化ポリオ 1/2/3/4
その他　（　　）

８．発育歴についておたずねします。
出生体重＿＿＿＿ｇ　出生時週数　＿＿＿週　＿＿日
出生時に異常はありましたか？ない・あり（　　）
乳児検診で異常があるといわれたことがありますか？
ない・あり（　　）