

◇ うえせこどもクリニック 問診票 ◇

体温	℃	体重	kg
----	---	----	----

・お薬手帳をお持ちの方は、問診票と一緒に受付にお渡しください

SpO2= %

ふりがな	性別： 男 ・ 女
------	-----------

名前	年齢	才	カ月
----	----	---	----

生年月日：平成	年	月	日	☎（	）	—
---------	---	---	---	----	---	---

住所：〒	—	:	市
------	---	---	---

未保育・（ ） 幼稚園・保育園・（ ） 小・中学校（ ） 年

●今日はどうされましたか？

- ねつ（いつ）から 腹痛（ ）から
- 鼻水（ ）から 嘔吐（ ）から
- 咳（ ）から 下痢（ ）から
- ぜーぜー（ ）から 発疹（ ）から
- のどの痛み（ ）から 顔・体・手・足に
- その他

これらの症状について、他院に受診しましたか？（なし・あり）病院名 _____

- 兄弟はいますか？（いる・いない）
- 周囲での流行状況（わかればご記入ください）
（兄弟が 家族が 保育園で 学校で _____ が流行中）
- 最近（ここ1か月ぐらい）予防接種をうけましたか？（なし・あり）
（ _____ 月 _____ 日に、 _____ の予防接種を受けた）
- 今までに大きな病気をしたことがありますか？
（なし・あり）（ありの方は： _____ ）
- 薬や食べ物などのアレルギーはありますか？
（なし・あり）（薬品名 _____ 食べ物 _____ ）
- お薬の希望はありますか？
シロップ ・ こなぐすり ・ 錠剤