



うえせこどもクリニック 問診票

体重	kg	体温	℃
----	----	----	---

SpO2 %

氏名	ふりがな	生年月日	昭和・平成・令和	男・女
			年 月 日	
未保育・(幼稚園・保育園・小学校・中学校・高校 年生)				
住所 (〒 -)				
電話番号 () 携帯電話 ()				

● いつから、どのような症状がみられていますか？

- | | |
|--------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 発熱 (いつ 〇〇℃) | <input type="checkbox"/> 腹痛 (いつ) |
| <input type="checkbox"/> 鼻水 (いつ) | <input type="checkbox"/> 嘔吐 (いつ) |
| <input type="checkbox"/> 咳 (いつ) | <input type="checkbox"/> 下痢 (いつ) |
| <input type="checkbox"/> ゼーゼー (いつ) | <input type="checkbox"/> 頭痛 (いつ) |
| <input type="checkbox"/> のどの痛み (いつ) | <input type="checkbox"/> 発疹 (いつ) |
| <input type="checkbox"/> その他 顔・体・手・足 | |

- 上記の症状について他院に受診されましたか？ (はい ・ いいえ)
(病院名_____ 検査・治療・処方など_____)
- 兄弟姉妹はいますか？ (はい ・ いいえ)
(兄 弟 姉 妹)
- 周囲での感染症の流行はありますか？ (はい ・ いいえ)
(兄弟姉妹 家族 園・学校 _____)
- 最近1か月以内に他院で予防接種を受けましたか？ (はい ・ いいえ)
(_____月_____日_____)
- 今まで大きな病気にかかったことはありますか？ (はい ・ いいえ)
(_____歳 病名_____) 完治 経過観察中 治療中
- 薬や食べ物などのアレルギーはありますか？ (はい ・ いいえ)
(薬品_____ 食べ物_____)
- 薬の希望はありますか？ (シロップ ・ 粉薬 ・ 錠剤)
- 解熱剤の希望はありますか？ (坐薬 ・ シロップ ・ 粉薬 ・ 錠剤)

※おくすり手帳をお持ちの方は問診票といっしょに受付へお渡しください。