こども用問診票

お名前	（男・女）
生年月日	平・令　　年　　月　　日（　　歳　　ヶ月）

身長	cm
体重	kg

◎来院時の体温をご記入ください。　（　　℃）

◎本日はどのような症状で来院されましたか？　当てはまるもの全てに〇してください。

前回受診した症状のフォローアップ（前回と比べ、良くなっている ・ 変わらない ・ 悪くなっている ）

発熱 ・ 嘔吐 ・ 下痢 ・ 腹痛 ・ 発疹（全身・頭・体・手・足）・ 首または耳の下の腫れ：右・左・両側

咳（痰：あり・なし　ゼイゼイする　咳で眠れない）・ のどの症状（痛い　飲み込む時痛みが強くなる　声のかすれ）

鼻の症状：　右・左・両側　（鼻水：　透明・白・黄緑　　鼻閉　　くしゃみ　　鼻血）

耳の症状：　右・左・両側　（痛い　耳だれ　聞こえが悪い　耳鳴り　耳あか　耳がふさがる）

いびき

その他のご相談したいことがあれば、ご記入お願いします。（　　）

◎その症状はいつからですか？　（　　）

◎2 週間内に海外旅行に行きましたか？　　あり ・　なし

◎新型コロナウイルス感染者との接触はありましたか？　　あり ・ なし

◎現在の様子に〇をつけて下さい。

水分はとれますか？　　とれる ・ とれない

食欲はありますか？　　ある ・ ない

おしっこはでますか？　出る ・ 出ない（出ない場合、最後に尿を確認した日時：　　）

◎現在、他院で処方されている薬があれば、お薬手帳をお出し頂くか、ご記入下さい。

◎薬の処方について、ご希望するものに〇をつけてください。　　粉 ・ シロップ ・ 錠剤
1 日 2 回 ・ 1 日 3 回 ・ どちらでもよい

◎周囲で流行っている病気はありますか？

□インフルエンザ　□みずぼうそう　　□RSウイルス
□おたふくかぜ　　□溶連菌　　□その他（　　）
□アデノウイルス・プール熱・流行り目
□マイコプラズマ　□胃腸炎（ノロ・ロタ・その他）

耳鼻科・小児科
南新宿クリニック