

0歳～中学生の 発熱時 問診票

おなまえ	体重	Kg ,	院内での熱	°C
------	----	------	-------	----

当てはまる症状の□にレ点し、いつからか記入して下さい。

<input type="checkbox"/> 発熱	1日目	月	日	時～	°C～	°C
	2日目	月	日		°C ~	°C
	3日目	月	日		°C ~	°C
	4日目	月	日		°C ~	°C
	5日目	月	日		°C ~	°C

<input type="checkbox"/> 咳	月	日～	<input type="checkbox"/> 鼻水	月	日～
<input type="checkbox"/> 痰	月	日～	<input type="checkbox"/> 鼻閉	月	日～
<input type="checkbox"/> のど痛	月	日～	<input type="checkbox"/> 頭痛	月	日～
<input type="checkbox"/> 腹痛	月	日～	<input type="checkbox"/> 便秘	日出てない	
<input type="checkbox"/> 下痢	月	日～	1日	回	形は？ 水様便・泥状便・軟便
<input type="checkbox"/> 嘔吐	月	日	時頃	～	1日
				回	

その他の症状

熱さましの予備(坐剤または内服) 有 ( 回数 ) ・ 無 希望は( 坐剤 ・ 粉 ・ 錠剤 )
他院からの処方 無 ・ 有 ⇒ ( )
通所先: 有 ⇒ 保育所・幼稚園・学校 ・ 無 在宅
周りで流行している病気 ( 無 ・ 有 ⇒ どこで? ) が流行中)
周りのコロナ感染は? ( 無 ・ 有 ⇒ どこで? )
コロナの濃厚接触者である いいえ ・ はい ⇒ がコロナ感染者
コロナ検査を希望しますか? はい ・ いいえ
コロナ検査を最近しましたか? はい(R ・ ) ・ いいえ
コロナにかかったことがありますか? はい( 年 月 日 ) いいえ
周りのインフルの流行( 有 ・ 無 ) インフル検査希望 ( 有 ・ 無 )

※ 薬の形状希望 ⇒ シロップ ・ 粉 ・ 錠剤

来院時に連絡つく ☎ 番号
車の色
車種
車のナンバー(4桁)
駐車場所: 表 ・ 裏