

No. _____

問診表(小児)

ID _____

上原小児クリニック

ふりがな _____

(_____ 歳)

氏名 _____ 男・女 生年月日 _____ (_____ カ月)

〒 _____ 電話 _____

住所 _____ 携帯 _____

1. 本日はどうされましたか？(いつから どんな症状があるか教えてください)

感染予防のためお伺いします

●熱 () ●コロナ濃厚接触 (有・無)

●咳 () ●コロナ心配 (有・無)

●鼻 () ●家族、近親者健康状態 (良・悪)

★薬の希望について(○をつけて下さい) 解熱剤・けいれん止め・ぬり薬・目薬・その他(_____)

2. 家族・お友達など同じ症状の人がいますか？ いる ・ いない

3. 他院にて治療を受けていますか？最近受けましたか？

なし ・ あり(お薬手帳などを提出してください)

病名 _____ 内服薬(お薬手帳のない方) _____

4. 今までに入院するなど、大きな病気をした事がありますか？

なし ・ あり(病名: _____ いつ頃: _____)

5. 薬や食物のアレルギーはありますか？

なし ・ あり(薬: _____ 食品: _____)

6. 以下の病気にかかった事がありますか？(○で囲んでください)

(おたふくかぜ・みずぼうそう・突発性発疹・はしか・風疹)

けいれん(有熱時・無熱時) _____ 才 _____ ヶ月の時 今まで _____ 回

その他 _____

7. 以下の予防接種について。(受けたことのあるものを○で囲んでください)

BCG・ヒブ・肺炎球菌・四種混合・三種混合・ポリオ・MR(麻疹風疹)

日本脳炎・二種混合・子宮頸がん・おたふく・水痘

今シーズンインフルエンザ(_____ 回)

8. 集団生活をされていますか？(幼稚園・保育園・学校など) はい ・ いいえ

本日の熱 _____ 度 体重 _____ kg 身長 _____ cm

※ 当院は院外処方です。どこの薬局に行かれますか？

ロイヤル薬局 ・ その他(_____)