

★ 小 児 科 問 診 票 ★

ふりがな		性別	男	女
氏名		生年月日 年齢	平成 令和	年 月 日 歳 ヶ月
() 保育所・幼稚園・小・中 () 年 () 組				

本日来院された症状をお書き下さい。

- 発熱 　いつから ()、最高 () ℃
- 咳 　いつから ()
- ゼーゼー 　いつから ()
- 鼻水 　いつから () 鼻づまり
- 耳痛 　いつから () 右 左 両方
- 頭痛 　いつから ()
- のどの痛み 　いつから ()
- 下痢 　いつから () 水様 軟便 白っぽい
- 腹痛 　いつから ()
排便は 毎日あり () 日に1回 () 日前からなし
- 嘔吐 　いつから () () 回くらい
- けいれん 本日 () 月 () 日 () 時頃 () 分間続いた
発作後は、 睡眠 ポーっとしていた 普段通りに戻った
- 発疹 　いつから () 部位 ()、 かゆい
- その他 ()

※ 1 週間以内に、本人または家族が島外に行きましたか？ はい・いいえ

「はい」とお答えのかたは、その地域または国を含め症状と経過をなるべく詳しく記載して下さい。

--

ご希望・ご要望がありましたらお書き下さい。

()