かどたに こども クリニック

# 問診票【B】 ID[　　] 記入日 20　年　月　日

| お子さんのお名前 | | | 男 ・ 女 | | |
|---|---|---|---|---|---|
| おとし | 才　カ月 | 体重 | kg 測定日 ／ | 来院時体温 | ℃ |

【今日はどうされましたか？　〇をおつけください。】
・発熱:　　℃
・はなみず( とうめい ・ 白 ・ 黄色 ・ みどり ・ その他 [　　])
・はなづまり
・のどいた
・せき(かわいた・しめった・吐きそうな・ケンケン・ゼイゼイ・その他[　　])
・嘔吐( 1 回 ・ 2 回 ・ 3 回以上 )
・下痢( 水様 ・ 泥状 ・ その他 [　　])
・おなかいた( 全体 ・ 上部 ・ 下部 ・ その他 [　　])
・耳痛
・頭痛
・ぶつぶつ( かお ・ からだ ・ 手足 ・ その他 [　　])
・その他[　　])

【それはいつごろからですか？】
[　　]

【いま飲まれている薬はありますか？】
( **なし ・ あり** [　　])

【お薬や食べ物のアレルギーはありますか？】
( **なし ・ あり** [　　])

【他に何か相談したいことがありましたらお書きください】

【新型コロナ感染症の患者さんとの濃厚接触はありましたか？】
( **なし ・ あり** )

**＜ご記入有難うございました＞**