問診票

名前	年齢　　歳　　ヶ月
体 温　　.　　℃	体重　　ｋｇ

今日はどうされましたか？

□ 診察　　□ 定期通院　　［薬・検査・その他］

□ 検査結果説明　［アレルギー・脳波・MRI・その他（　　）］

□2週間前から密集した場所にいかれましたか　はい　・　いいえ
□今回の症状で保健所に連絡はされましたか　はい　・　いいえ
□周囲または家族内でPCR検査をした人がいますか　はい　・　いいえ
□1ヵ月以内に海外にいかれましたか？　はい　・　いいえ

診察の方は、いつからどういう症状がありますか？

□ 発熱　　日から　□ 嘔吐　　日から　　回/日
□ 咳　　日から　□ 下痢　　日から　　回/日
□ 鼻水　　日から　□ 腹痛　　日から
□ **ぜーぜー**　　日から　□ **発疹**（ブツブツ）（部位　　）　日から
□ **耳の下のはれ**　　日から　□その他（　　）

その症状で受診しましたか？　（はい・いいえ）

なんと診断されましたか？（　　）

現在服用中の薬はありますか？（　　）

家族や園・学校で流行している病気はありますか？（

薬や食べ物でアレルギーはありますか？（　　）

予防接種済のものに ☑を、かかったものは〇で囲んでください

□ヒブ　□肺炎球菌　□四種混合　□三種混合　□ポリオ　□BCG
□麻疹風疹（MR）　□日本脳炎　□ロタ　□水痘　□おたふく　□B型肝炎

その他、何か伝えておきたいことがあれば、記入してください。

受診時には、母子手帳を持参してください。

PL病院　小児科