

# 小児科問診票

令和 年 月 日

※コロナ・インフルエンザ・胃腸炎(ノロウイルス)の疑いがある場合は、受付にお申し出下さい。

2枚目(新型コロナ・インフルエンザに関する問診票)も記入して下さい

フリガナ				性別										
患者氏名				男・女										
生年月日(年齢)	H・R	年	月	日(歳)	ヶ月)	保護者氏名								
住所	〒 -					<table border="1"> <tr> <td>受付</td> <td></td> <td>問診</td> <td></td> </tr> <tr> <td>スキャン</td> <td></td> <td>保険証</td> <td></td> </tr> </table>	受付		問診		スキャン		保険証	
受付		問診												
スキャン		保険証												
電話番号			携帯番号											
体重	kg	体温	℃	出生時の体重・身長		g cm								

※来院直前の体温をご記入下さい。測定されていない場合は受付時に測定します。

※一ヶ月以内にこの休日急病診療所を受診されたことはありますか。 ない・ある( 月 日 時頃)

- いつからどのような症状ですか ・今日から ・昨日から ・( )日前から  
 ・発熱(最高 ℃) ・咳 ・たん ・鼻水 ・くしゃみ ・のどの痛み  
 ・下痢 ・はきけ ・おう吐 ・腹痛 ・頭痛 ・発疹 ・便秘  
 ・その他 ( )
- 今までにかかったことのある病気や現在通院中の病気がありますか。  
 ・けいれん(ひきつけ): なし・あり(熱があるとき 回、熱がないとき 回)  
 ・突発性発疹 ・みずぼうそう ・おたふくかぜ ・溶連菌感染症 ・百日咳  
 ・はしか ・風疹 ・中耳炎  
 ・発達障害 ・心臓病または川崎病 ・気管支喘息 ・アトピー性皮膚炎  
 ・尿路感染症または腎臓病 ・その他( )
- 薬についてアレルギーがありますか。(発疹が出たり、下痢をしたことがありますか。)  
 ・ない ・ある(薬品名 )
- 食べ物アレルギーはありますか。  
 ・ない ・ある: ・牛乳 ・卵 ・その他( )
- 今までに受けた予防接種は何がありますか。  
 ・4種混合(DPT+不活性ポリオ) ・3種混合(DPT) ・MR(麻しん風しん混合)  
 ・結核(BCG) ・ヒブ ・小児肺炎球菌 ・急性灰白髄炎(ポリオ)  
 ・インフルエンザ ・おたふくかぜ ・日本脳炎 ・みずぼうそう ・ロタウイルス
- 現在、飲んでいる薬はありますか。  
 ・ない ・ある:( )
- かかりつけの医療機関はありますか。  
 ・ない ・ある:( )
- 薬の剤形について、希望のものに○をつけてください。  
 ・こなぐすり( ) ・シロップ( ) ・錠剤( ) ・カプセル( )
- 本日はお薬手帳をお持ちですか。  
 ・持っている ・持っていない
- 未就学児の方のみご記入ください。  
 ・保育園や幼稚園に通園している ・保育園や幼稚園に通園していない

※当診療所で定めた利用目的の範囲内で利用いたします。

保険証受け取りました

サイン

瀬戸旭休日急病診療所

## 新型コロナ・インフルエンザに関する問診票

1. 症状が出る前の2週間以内に新型コロナウイルス陽性(疑い含む)の方との接触(COCoAの通知を含む)はありますか。また、2週間以内に海外渡航歴はありますか。

<input type="checkbox"/>	なし
<input type="checkbox"/>	あり [ _____ ]

2. 新型コロナウイルス感染症にかかったことがありますか。

<input type="checkbox"/>	なし
<input type="checkbox"/>	あり [ _____ 年 _____ 月 ]

3. 症状が出る前の2週間に出かけたところがありますか。(複数可)

<input type="checkbox"/>	大人数の会食、飲酒を伴う会食
<input type="checkbox"/>	カラオケ
<input type="checkbox"/>	接待を伴う飲食店 (接客は該当しません)
<input type="checkbox"/>	医療・福祉施設での勤務
<input type="checkbox"/>	その他 (換気が悪く、人が密に集まる、不特定多数と接触する場所) [ _____ ]

4. 身近でインフルエンザの方がみえますか。

<input type="checkbox"/>	なし
<input type="checkbox"/>	あり [ _____ ]

5. 新型コロナウイルスワクチンの予防接種を1年以内にしましたか。

<input type="checkbox"/>	接種していない
<input type="checkbox"/>	接種した [ _____ 回、最終接種日 _____ 年 _____ 月 _____ 日・不明 ]

6. 下記の中で当てはまる症状がありますか。(複数可)

<input type="checkbox"/>	発熱 [ _____ 日前から、最高 _____ 度 ]
<input type="checkbox"/>	咳 [ _____ 日前から ]
<input type="checkbox"/>	鼻水 [ _____ 日前から ]
<input type="checkbox"/>	咽頭痛 [ _____ 日前から ]
<input type="checkbox"/>	吐き気 [ _____ 日前から ]
<input type="checkbox"/>	下痢 [ _____ 日前から ]
<input type="checkbox"/>	味覚異常 [ _____ 日前から ]
<input type="checkbox"/>	嗅覚異常 [ _____ 日前から ]

7. 普段風邪をひいた時よりも強い症状がありますか。

<input type="checkbox"/>	体のだるさ [ _____ 日前から ]
<input type="checkbox"/>	関節痛 [ _____ 日前から ]
<input type="checkbox"/>	息切れ [ _____ 日前から ]

※この問診票を確認しながら診察を行いますが、上記と同様の質問を繰り返させていただくこともあります。

患者氏名 : \_\_\_\_\_

右記の該当項目の  にチェック、必要な個所の「」にご記入下さい。