

※当院から連絡する際に必要となる大切な情報です。楷書で丁寧に記入ください。

ご記入日
年 月 日

小児科問診票

医療法人メディカルビットバレー

エールホームクリニック

フリガナ		生年 月日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 男性
お名前				<input type="checkbox"/> 女性
ご住所	〒	電話①	日中連絡をとれる番号：	— —
		電話②		— —

あてはまる方は、にチェックをお願いします

<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルスの検査キット等で陽性である(月 日に陽性)
<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス陽性の診断で自宅療養中である(月 日に陽性)

ご自宅での体温 °C	
身長: cm	体重: kg 最近の体重が不明な方は待合室で測定をお願いします
困っている症状と症状が始まった日にチェックを付けてください	<input type="checkbox"/> 発熱 () 日前 <input type="checkbox"/> 鼻水 () 日前 <input type="checkbox"/> 咳 () 日前 <input type="checkbox"/> 頭痛 () 日前 <input type="checkbox"/> 吐き気・嘔吐 () 日前 <input type="checkbox"/> 便秘 () 日前 <input type="checkbox"/> 下痢 () 日前 <input type="checkbox"/> 発疹 () 日前 <input type="checkbox"/> その他 () (月 日) 頃から
	元気さ (ある ・ いつもよりない ・ ぐったりしている) 食欲 (いつも通り ・ 少しある ・ まったくない) 水分 (とれる ・ 少しとれる ・ 全くとれない) おしっこ (普通 ・ 少ない ・ 出ない)
今回の症状で別の病院を受診しましたか?	<input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> した (診断名: 処方、処置など:)
今までにかかった病気について教えてください	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> 熱性けいれん <input type="checkbox"/> 水ぼうそう <input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> 麻疹 <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> その他 ()
周囲で流行している病気	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒ (具体的に:)
出生時の様子	出生体重 () g 在胎週数 () 週 () 日 <input type="checkbox"/> 正常分娩 <input type="checkbox"/> 異常分娩 <input type="checkbox"/> 帝王切開
アレルギーについて	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒ <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 薬 () <input type="checkbox"/> 食物 () <input type="checkbox"/> その他 ()
その他ご要望があれば記載してください	
お薬手帳をお持ちですか?	お薬手帳 <input type="checkbox"/> あり⇒問診票とともに受付に提出をお願いします <input type="checkbox"/> なし⇒のんでいるお薬がありましたら、下にご記入ください ()