ながいこどもクリニック

問診票

記入日　　年　　月　　日

ふりがな お名前　　男・女	生年月日　　年　　月　　日（年齢　　歳　　か月） 所属：　　保育園・幼稚園・小・中・高
携帯番号（　　ー　　ー　　）本日受診で連絡が取れる番号をお願いします。	

１週間以内にご家庭・園・学校で新型コロナウイルス感染症の発生はありましたか？　（　いいえ・はい　）

今日はどのようなことで、受診されましたか。

本日の体温　　℃　体重　　kg

・前回受診から続く症状の時　（軽快・不変・悪化・不明）・検査結果を聞くため　・いつものお薬処方希望

現在服薬中の薬　□お薬手帳提示　または

（　　）

各種アレルギー：お薬（　　）

食物、他（　　）

以下は、分かる範囲でよいので、当てはまる項目に☑や◯印、具体的な内容のご記入をお願いします。

【現在の症状】

発熱	□あり □なし	最高体温（　　℃）　・頭痛　・咽頭痛 いつから（　　）
咳	□あり □なし	コンコン・ゴホゴホ・ケンケン・ゼーゼー・夜咳込みで眠れない・咳き込み嘔吐する いつから（　　）
鼻水	□あり □なし	透明な鼻水・黄色/緑色の鼻水・鼻づまり いつから（　　）
嘔吐	□あり □なし	嘔吐回数　今日　　回、昨日　　回　黄色・緑色の嘔吐　・吐き気 いつから（　　）気になる食べた物（　　）
下痢	□あり □なし	水様便・軟便・血便・１日（　　）回程　・腹痛（痛みに　波がある・持続的） いつから・どのように（　　）
他	気になる症状（　　）いつから（　　）	
周囲で流行の病気（　　）家庭内で体調不良の人・症状（　　）		
現在治療中や既往の病気（　　）		

【現在の状態】

元気	あり・あまりない・キゲンが悪い・グッタリ	水分	とれる・少しずつ取れる・全く取れない
食欲	あり・あまりない・全く取れない	おしっこ	でている・少なめ・ほとんどでない

※連携する調剤薬局に今回記入の患者情報を共有してもよいですか。　（　許可・　不可　）