

問診票

記入日 _____ 年 ____ 月 ____ 日

お名前 (_____) 年齢 (____ 歳 ____ 月)

体温 (_____ 度) 体重 (_____ kg) 身長 (_____ cm)

保育園名・学校名 (_____)

① いつからどのような症状がありますか。前回からの続きの方は受診後の経過をお知らせください。

(_____)

② まわりで流行している感染症はありますか。

ない・ある (_____)

③ 1週間以内に、コロナウイルス感染症の方と接触はありますか。

ない・ある (詳しく記入してください: _____)

④ お薬の希望 (シロップ、粉薬、錠剤) 解熱剤 (いります・いりません)・(座薬、粉薬、錠剤)

⑤ 他にご相談したいことはありますか。

(_____)

ご協力大変ありがとうございました。

にじいろこどもクリニック



以下は記入不要です

<処置>

(_____)
(_____)
(_____)
(_____)
(_____)

<検査>

(_____)
(_____)
(_____)
(_____)
(_____)