

予約時間 (:)

わんぱくキッズクリニック問診票

(フリガナ)

男
女

お名前

今の体温

体重 kg

熱 下記熱計表をご記入ください

40°C	月 日			月 日			月 日			月 日		
	朝	昼	夜	朝	昼	夜	朝	昼	夜	朝	昼	夜
39°C												
38°C												
37°C												
36°C												

本日の症状を✓してください

症状	いつから			
<input type="checkbox"/> 鼻	/ から	<input type="checkbox"/> つまる <input type="checkbox"/> たれる	⇒ <input type="checkbox"/> 良くなっている <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> ひどくなっている	
<input type="checkbox"/> 咳	/ から	<input type="checkbox"/> コンコン (乾いた咳) <input type="checkbox"/> ケンケン (オットセイの咳) <input type="checkbox"/> コホコホ (痰がらみの咳) <input type="checkbox"/> ゼーゼー	⇒ <input type="checkbox"/> 良くなっている <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> ひどくなっている	
<input type="checkbox"/> 吐く	/ から	回/日 最後 時ごろ	<input type="checkbox"/> 水分とって吐いてしまう <input type="checkbox"/> 水分少しずつならとれる <input type="checkbox"/> 咳にともなう嘔吐	
<input type="checkbox"/> 下痢	/ から	回/日	<input type="checkbox"/> 水様下痢 <input type="checkbox"/> 軟便 <input type="checkbox"/> 血便	⇒ <input type="checkbox"/> 良くなっている <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> ひどくなっている
<input type="checkbox"/> 痛み	/ から	右の表に○をつけてください	⇒ 痛み・肌の部位に○をつけてください	頭 顔 首 お腹 背中 お尻 のど 耳 陰部 その他()
<input type="checkbox"/> 肌	/ から	<input type="checkbox"/> 湿疹 <input type="checkbox"/> じんましん <input type="checkbox"/> カサカサ	⇒ <input type="checkbox"/> 良くなっている <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> ひどくなっている	
<input type="checkbox"/> 目	/ から	<input type="checkbox"/> 眼やに <input type="checkbox"/> 充血 <input type="checkbox"/> かゆみ	⇒ <input type="checkbox"/> 良くなっている <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> ひどくなっている	手(手掌・腕・肘)
<input type="checkbox"/> 耳	/ から	<input type="checkbox"/> 耳下の腫れ <input type="checkbox"/> その他()	⇒ <input type="checkbox"/> 良くなっている <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> ひどくなっている	

① 今回の症状について他院を含め、受診されましたか？ 当院受診 ・ 他院受診 ・ いいえ

② ①が「はい」の方は、お薬を服用されていますか？ はい ・ いいえ

③ まわりで流行っているものはありますか？
・ 水ぼうそう ・ はしか ・ 溶連菌感染症 ・ 嘔吐下痢症 ・ その他
・ おたふくかぜ ・ 手足口病 ・ プール熱 ・ インフルエンザ ()

予約時間 (:)

わんぱくキッズクリニック問診票

(フリガナ)

男
女

お名前

今の体温

体重 kg

熱 下記熱計表をご記入ください

40°C	月 日			月 日			月 日			月 日		
	朝	昼	夜	朝	昼	夜	朝	昼	夜	朝	昼	夜
39°C												
38°C												
37°C												
36°C												

本日の症状を✓してください

症状	いつから			
<input type="checkbox"/> 鼻	/ から	<input type="checkbox"/> つまる <input type="checkbox"/> たれる	⇒ <input type="checkbox"/> 良くなっている <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> ひどくなっている	
<input type="checkbox"/> 咳	/ から	<input type="checkbox"/> コンコン (乾いた咳) <input type="checkbox"/> ケンケン (オットセイの咳) <input type="checkbox"/> コホコホ (痰がらみの咳) <input type="checkbox"/> ゼーゼー	⇒ <input type="checkbox"/> 良くなっている <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> ひどくなっている	
<input type="checkbox"/> 吐く	/ から	回/日 最後 時ごろ	<input type="checkbox"/> 水分とって吐いてしまう <input type="checkbox"/> 水分少しずつならとれる <input type="checkbox"/> 咳にともなう嘔吐	
<input type="checkbox"/> 下痢	/ から	回/日	<input type="checkbox"/> 水様下痢 <input type="checkbox"/> 軟便 <input type="checkbox"/> 血便	⇒ <input type="checkbox"/> 良くなっている <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> ひどくなっている
<input type="checkbox"/> 痛み	/ から	右の表に○をつけてください	⇒ 痛み・肌の部位に○をつけてください	頭 顔 首 お腹 背中 お尻 のど 耳 陰部 その他()
<input type="checkbox"/> 肌	/ から	<input type="checkbox"/> 湿疹 <input type="checkbox"/> じんましん <input type="checkbox"/> カサカサ	⇒ <input type="checkbox"/> 良くなっている <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> ひどくなっている	
<input type="checkbox"/> 目	/ から	<input type="checkbox"/> 眼やに <input type="checkbox"/> 充血 <input type="checkbox"/> かゆみ	⇒ <input type="checkbox"/> 良くなっている <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> ひどくなっている	手(手掌・腕・肘)
<input type="checkbox"/> 耳	/ から	<input type="checkbox"/> 耳下の腫れ <input type="checkbox"/> その他()	⇒ <input type="checkbox"/> 良くなっている <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> ひどくなっている	

① 今回の症状について他院を含め、受診されましたか？ 当院受診 ・ 他院受診 ・ いいえ

② ①が「はい」の方は、お薬を服用されていますか？ はい ・ いいえ

③ まわりで流行っているものはありますか？
・ 水ぼうそう ・ はしか ・ 溶連菌感染症 ・ 嘔吐下痢症 ・ その他
・ おたふくかぜ ・ 手足口病 ・ プール熱 ・ インフルエンザ ()

