なかもとキッズクリニック問診票【発熱外来】　　年　　月　　日

フリガナ		男 女	生年月日　　年　　月　　日（　　歳）
お名前			
ご住所	〒		Tel　※ **携帯電話の番号をお願いします** （　　）　　－

体重　　kg　　体温　　℃　　学校名・園名

① どのような症状で来院されましたか。〇をつけて下さい。

発熱　　咳　　鼻水　　鼻づまり　　のどが痛い　　頭が痛い　　お腹がはる

気持ちが悪い　　嘔吐　　腹痛　　下痢　　軟便　　便秘

その他（　　）　　SpO2:　　%

② その症状はいつからですか。

・(　　発熱　　)は(　　)から

・(　　)は(　　)から

・(　　)は(　　)から

③ 内服薬や食べ物でじんましんや下痢、ぜいぜいといったようなアレルギー症状が出たことはありますか。

・はい(食物や薬剤名：　　)

・いいえ

④ 定期的に飲んでいるお薬はありますか。　例】便秘薬のモビコール

・はい(薬剤名：　　)

・いいえ

⑤ いままで大きな既往症はありますか。

・はい(　　)

・いいえ

⑥ お薬の剤型希望はありますか。　※お薬の種類によってはご希望に添えない場合がございます。

錠剤　　粉剤　　シロップ

頓用の解熱剤処方希望：　なし　・　あり（　座薬　・　錠剤　・　粉剤　）

※０歳4か月未満のお子様には解熱剤の処方はしておりませんのでクーリングをお願いします。

⑦ 当院受診前に他機関に問い合わせをされましたか。またどのような説明を受けられましたか。

・はい(　　)

・いいえ

⑧ 周囲に濃厚接触者やコロナウイルスの感染者はいますか。

いいえ　・　はい

医療モール駐車場に到着されましたら、クリニックに電話をお願い致します。