

【感染症外来問診票】

小児科

受診日	年 月 日	ID			
氏名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齢	歳 ヶ月
連絡可能な電話番号		続柄	()	体重	kg
学校(園)名		クラス	(<input type="checkbox"/> 0~2歳 <input type="checkbox"/> 年少 <input type="checkbox"/> 年中 <input type="checkbox"/> 年長 <input type="checkbox"/> () 年生		
学校(園)で流行している感染性疾患		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	(感染症:)		
薬の希望	<input type="checkbox"/> 粉薬 <input type="checkbox"/> シロップ <input type="checkbox"/> 錠剤 <input type="checkbox"/> 座薬				

下記症状であてはまるものに✓してください。

<input type="checkbox"/> 発熱 (平熱 °C) (最高体温 °C) (本日の体温 °C)			
<input type="checkbox"/> 咳	<input type="checkbox"/> 痰	<input type="checkbox"/> 咽頭痛 (のどの痛み)	
<input type="checkbox"/> 鼻水	<input type="checkbox"/> 鼻づまり	<input type="checkbox"/> 吐き気・嘔吐	<input type="checkbox"/> げり
<input type="checkbox"/> その他 ()			

症状が出始めたのはいつですか？

月 日

身近な方で感染症の方はいますか？

続柄 () 感染症名 ()

基礎疾患はありますか？ あてはまるものに✓してください。

<input type="checkbox"/> 喘息			
<input type="checkbox"/> その他 ()			

使用している薬はありますか？ あてはまるものに✓してください。

<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり (お薬手帳 <input type="checkbox"/> 持参 <input type="checkbox"/> なし)		
-----------------------------	--	--	--

アレルギーはありますか？ あてはまるものに✓してください。

<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 薬 ()	
		<input type="checkbox"/> 食べ物 ()	
		<input type="checkbox"/> その他 ()	

スタッフ記入欄

【処方】

<input type="checkbox"/> 無			
<input type="checkbox"/> 有			

【検査・処置】

<input type="checkbox"/> 無			
<input type="checkbox"/> コロナ	<input type="checkbox"/> インフルエンザ	<input type="checkbox"/> 溶連菌	<input type="checkbox"/> アデノ
<input type="checkbox"/> ヒトメタ	<input type="checkbox"/> 便アデノ	<input type="checkbox"/> ロタ	<input type="checkbox"/> ノロ
<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 尿検査	<input type="checkbox"/> X-P	<input type="checkbox"/> CT
<input type="checkbox"/> その他 ()			