

# 【小児科 発熱外来問診票】

太枠内のご記入、当てはまる項目に☑をお願いします。 受診日 年 月 日

お名前	男 ・ 女	患者ID :
年齢 歳 月	現在の体温 °C	本日の体重 kg

集団生活	なし ・ あり → (施設名/ 幼・保・小・中) (学年/ )
※施設で流行している感染症 なし ・ あり → (感染症名: )	
薬の希望	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 粉薬 <input type="checkbox"/> シロップ <input type="checkbox"/> 錠剤 <input type="checkbox"/> 坐薬

体温について	☆ 発熱 なし ・ あり 平熱 ( °C)
発熱ありの方	→ 熱の出始め ( 月 日 ( ) AM ・ PM : (頃から)
症状について	☆ 症状の出始め ( 月 日から)
<input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 頭痛	
<input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 鼻づまり <input type="checkbox"/> 発疹 (部位: )	
<input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 嘔吐 ( 回) <input type="checkbox"/> げり ( 回)	
その他 [ ]	

身近な方で感染症の方はいますか?
<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる 続柄 ( ) 病名 ( )

基礎疾患はありますか?
<input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> 喘息 ( 歳) <input type="checkbox"/> 川崎病 ( 歳) <input type="checkbox"/> 熱性けいれん ( 回)
その他 [ ]

使用している薬はありますか?
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → <input type="checkbox"/> 当院 <input type="checkbox"/> 他院 → お薬手帳 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

アレルギーはありますか?
<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"/> なし <input type="checkbox"/> あり
【検査・処置】	<input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> コンボ	<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"/> RS 《1歳未満》 ( )
<input type="checkbox"/> マイコ ( ) ・ LAMP	<input type="checkbox"/> 便アデノ ( ) <input type="checkbox"/> ヒトメタ 《6歳未満》 ( )
<input type="checkbox"/> 尿 (早朝 ・ 来院)	<input type="checkbox"/> ロタ ( ) <input type="checkbox"/> ノロ 《3歳未満》 ( )
<input type="checkbox"/> 血液 (保険 ・ 自費)	<input type="checkbox"/> X-P <input type="checkbox"/> CT
<input type="checkbox"/> 吸入	<input type="checkbox"/> 浣腸
その他 [ ]	