

# 小児科問診票（新患・初・再）

記入日： 年 月 日

診察券番号・ID			
ふりがな			
お名前			年齢 才
体重	kg	現在の体温	℃

◎ 同伴者  母  父  祖父母  その他（ ）

※同伴者の携帯電話番号：

☆ 本日の症状は？ いつからですか？

- 発熱 ( から)
- 咳 ( から)
- 鼻水 ( から)
- 嘔吐 ( から)
- 腹痛 ( から)
- 下痢 ( から)
- 便秘 ( から)
- 皮膚症状 ( から)
- その他症状

- 登園状況 保育園・幼稚園
- 現在通院中の病気や入院歴 ( )
- お薬や食べ物などアレルギー ( )
- その他、ご相談等あればご記入ください

職員記入 小児5診 ・ 処置室 ・ 小児6診

Cov検査：無・抗原（ / ）・PCR（ / ）⇒結果：（+）・（-）・臨床診断（+）

PCR結果電話連絡 / 問診票スキャン / 日次報告