

【小児科 感染症外来問診票】

海外渡航 《1ヶ月以内》 なし・あり ()

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

患者ID	お名前	男・女	年齢	歳	ヶ月
------	-----	-----	----	---	----

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 特になし 粉薬 シロップ 錠剤 坐薬

体温について ☆ 発熱 なし・あり → 最高体温 (・ °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?
 いない いる 続柄 () 病名 ()

基礎疾患はありますか?
 なし
 喘息 (歳) 川崎病 (歳) 熱性けいれん (回)
 その他 []

使用している薬はありますか?
 なし あり → 当院 他院 → お薬手帳 あり なし

アレルギーはありますか?
 なし あり 薬 ()
 食べ物 ()
 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 []		