

小児科問診表

※該当項目を○で囲んでください。

氏名	年齢
体重	
体温 () °C	
いつから、どこが、どのように具合悪いですか？	
内服 (あり ・ なし)	
薬剤名	
かかりつけ医 ()	

食欲	良	少なめ	ない
水分	充分	少なめ	取れない
元気	あり	ややない	ない
尿量	普通	少なめ	出ない
発疹はありますか？ ※「はい」の方は受付に申し出てください。		いいえ	はい
麻疹・風疹・水痘・おたふくなどの感染症の人と接触がありましたか？		いいえ	はい
		病名：	
		時期：	
本人・家族	10日以内に海外から帰国した方と接触がありましたか？	いいえ	はい
	最近感染症にかかった方、または、今かかっている方はいますか？	いいえ	はい
		病名：	
		本人・他 ()	

富士・東部小児初期救急医療センター