



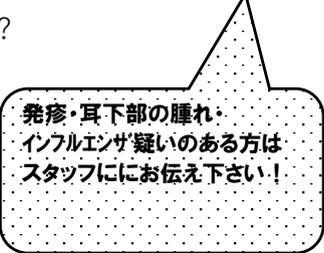
診察申込書 (小児科)



記入日

フリガナ		性別	平・令	体重
氏名	保護者名 ()	男・女	年 月 日生 (さい)	kg
自宅住所	(〒 -)	電話	() -	
		携帯	() -	

(わかる範囲で結構です)

1.いつからどのような症状ですか? 	いつ () 体温 () °C *あてはまる症状に○をつけて下さい 発熱 ・ 風邪症状 ・ 頭痛 ・ せき ・ 鼻水 ・ のどの痛み 下痢 ・ 味覚障害 ・ はきけ ・ 嘔吐 ・ だるさ ・ 食欲低下 その他 ()
2.検査を希望しますか?	・いいえ ・はい
3.薬を希望しますか?	・いいえ ・はい
4.鎮痛解熱剤は飲みましたか?	・いいえ ・はい (いつ:)
5.新型コロナ感染者との接触は?	・いいえ ・はい (いつ: 誰:)
6.コロナワクチンの接種はしましたか	・いいえ ・はい 1回目 年 月 日 2回目 年 月 日
7.今までに何か病気にかかったことがありますか? (風邪以外で)	・ない ・ある (例:喘息やアトピー/ひきつけ/肺炎で入院..) ↓ ()
8.食物のアレルギーはありますか?	・ない ・ある (例:卵や乳製品でじんましん..) ・不明 ↓ ()
9.薬を飲んで何らかの症状が出たことはありますか?	・ない ・ある (例:抗生剤で発疹..) ・不明 ↓ ()
10.今服用中の薬はありますか?	・ない ・ある (例:近医でもらったカゼ薬/アレルギーの薬..) ↓ ()
11.薬の服用状況はいかがですか? (複数選択可)	・飲める ・飲める事もある ・飲めない ・わからない ・シロップ飲める ・粉薬 ・錠剤がよい