

<スタッフ記入欄>

SpO2

% P

/分

顔色不良・ぐったり・嘔吐・40度以上・咳ひどい・けいれん後
発疹・耳下腺腫脹・下痢・39度以上・呼吸困難・頭部打撲後

小 児 科 再 診 用 問 診 票

(フリガナ) お名前	男	生年月日
	女	年 月 日 (歳 ヶ月)

電話番号(変更があれば).....

今の体温.....℃ 体重.....g、kg

① あてはまる症状にしるしをつけて下さい。

	熱	せき	たん	鼻水	腹痛	嘔吐	下痢	発疹	その他
おととい	℃								
昨日	℃					回	回		
今日	℃					回	回		

*発熱し始めた日時は？ (月 日 時頃から)

*その他

② 現在の状態を教えてください。体調の良いときを100%とすると

食欲 % 水分摂取 %

元気 % 睡眠 %

ヒブワクチン接種(済・未) 肺炎球菌ワクチン接種(済・未)

MR ワクチン(回済・未)

本日のお薬の希望について(○をつけて下さい)

薬の形 シロップ・粉・錠剤 *抗生物質は粉か錠剤です。

解熱剤 要(のみ薬・座薬)・不要

.....

A・B・C・D・E・F・吸・レ・外