

《こどもフロア 問診票》

I D: _____
体温: _____ °C

氏名: _____
体重: _____ kg

【1】どんな症状ですか？

- 発熱 月 _____ 日 _____ 時くらいから
はな 月 _____ 日から (さらさら ねばねば 鼻づまり)
咳 月 _____ 日から _____
嘔吐 月 _____ 日から (一日 _____ 回)
下痢 月 _____ 日から (一日 _____ 回・色/ _____)
※水分摂取 (いつもどおり やや少ない 少ない)
便秘 月 _____ 日から _____
発疹 月 _____ 日から _____
その他 月 _____ 日から _____

(_____)

【2】現在、通院中の病院がありますか？ ない ある

(_____)

【3】現在使っているお薬はありますか？ ない

ある(_____)

解熱剤は(要・不要)・(坐薬・飲み薬)

【4】お薬の希望は (粉薬・シロップ・錠剤)

【5】アレルギーはありますか？ ない

ある(薬 食べ物 その他)

ある場合は内容をお書きください。

(_____)

