

年 月 日

ID _____

小児科問診票

ふりがな.....	明・昭 大・平	年 月 日	生まれ (年齢 歳)
名 前	(男・女)	15歳以下のお子様 (体重 kg)	
住 所 〒	—	電話 ()	—
		携帯 ()	—

① 本日はどのような症状で受診されましたか？ あてはまるものに☑をしてください。

発熱 (別紙熱計表を記載してください)

鼻水(透明・黄色) 【 月 日～】 咳 (乾いた咳・痰がらみ) 【 月 日～】

ぜーぜーする 【 月 日～】 発達 ()

嘔吐 【 月 日～】 下痢 (泥状・水様) 【 月 日～】

発疹 (部位:) 便秘 頭痛 腹痛

その他 []

② 本日の体調はいかがですか？

食事 (授乳) は取れていますか (普段と変わらない ・ 半分くらい ・ 全然取れない)

水分は取れていますか (普段と変わらない ・ 半分くらい ・ 全然取れない)

おしっこの量はどうか (普段と変わらない・普段よりも少ない・半日以上出ていない)

② 周囲に病気の方はいましたか？

いいえ ・ はい (誰? : 病名:)

④ 今回の症状で他の医療機関を受診しましたか？

いいえ ・ はい (いつ: 病院名:)

⑤ いままでにかかった病気がありますか？

熱性けいれん 中耳炎 川崎病 てんかん 喘息 アトピー

食物アレルギー ()

花粉症 アレルギー性鼻炎 その他() 手術()

⑥ 今までに薬・注射・点滴・麻酔などで体に異常が起きたことはありますか？

いいえ ・ はい (薬名: 症状:)

⑦ 現在、保育園や幼稚園に通っていますか？

いいえ ・ はい (園名:)

⑧ 診察前に医師や看護師に伝えておきたいことがあれば教えてください

()

お薬手帳を持参された方は、この問診票と一緒に受付スタッフにお渡しください

WEB