

記入日 年 月 日

問診票（小児）

フリガナ

氏名： _____ 男・女 生年月日： ____ / ____ / ____ 年齢： ____ 歳 ____ 月

〒 _____

住所： _____

電話番号： _____ () _____ 携帯： _____ () _____

身長： _____ cm 体重： _____ kg 体温： _____ °C

本日はどうなさいましたか？当てはまるものにチェックをつけて下さい

- 熱（最高体温 ____ °C）鼻水 せき のどの痛み ゼイゼイする 耳の痛み
頭痛 腹痛 吐き気・嘔吐 便秘 下痢 発疹
その他（ _____ ）

症状はいつ頃からありますか？ 約（ _____ ）日・週間・ヶ月・年前から

元気さや食欲はどうですか？

元気さ： 元気 まずまず元気 少ししんどい ぐったり食欲： いつも通り いつもより少なめ 全くなし水分： いつも通り いつもより少なめ 全くとれないおしっこ： いつもどおり いつもより少なめ 全く出ない

これまでにかかった病気はありますか？

- なし 不明 突発性発疹 熱性けいれん 水ぼうそう おたふくかぜ
麻疹 風疹 喘息 アトピー性皮膚炎 その他（ _____ ）

現在、飲んでいるお薬はありますか？

なし あり（ _____ ）

どんな種類の薬が飲めますか？

シロップ 粉薬 錠剤またはカプセル

食べ物やお薬、注射などでじんましんなどのアレルギーが出たことはありますか？

なし 食べ物（ _____ ） 薬（ _____ ）

★当院をどちらでお知りになりましたか？

・当院 HP ・インターネット（ドクターズ・ファル、caloo、病院ナビ） ・知人の紹介 ・その他（ _____ ）