



(小児科)

問 診 票

年 月 日

ふ り が な			
氏 名	男 ・ 女		
生 年 月 日	(平 ・ 令)	年 月 日	(歳 ヶ月)

☆ 初めておかかりの方、変更のある方はご記入をお願いします。

住 所	〒		
T E L	[自宅]	[携帯]	

体重	kg	体温	℃
----	----	----	---

①どのような症状ですか？

②症状はいつ頃からですか？ 今日 ・ 昨日 ・ () 日前 ・ ()

☆ 食欲 (ある ・ まあまあ ・ なし) ☆ 機嫌・元気 (良い ・ まあまあ ・ 悪い)

☆ 水分摂取 (摂れている ・ 少ない) ☆ 最終排便 (月 日)

☆ おしっこの回数 (いつもと同じ ・ やや少ない ・ 少ない)

☆ 周囲にうつる病気の方はいましたか？ (いいえ ・ はい) 誰ですか ()

何の病気ですか？ (おたふく ・ みずぼうそう ・ インフルエンザ ・ その他 ())

☆ 通園・通学している施設名 (保育園 ・ 幼稚園 ・ 小 ・ 中)

②現在他の医療機関で治療中の病気はありますか？ (はい ・ いいえ)

『はい』の方…病名() 医療機関名()

④過去に大きな病気で入院や治療を受けたことがありますか？ (はい ・ いいえ)

『はい』の方…(才頃) 病 名()

⑥アレルギーはありますか？

食べ物 : いいえ はい ()

薬 剤 : いいえ はい ()

⑥お薬の種類について希望はありますか？

シロップ ・ 粉 ・ 錠剤またはカプセル ・ 坐薬

⑦本日一緒にいらした方は？ ()