



(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	〒		
TEL	[自宅]	[携帯]	

体 重	k g	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 )

③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 ( )

⑤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？ ( )