

問診票（小児用）

フリガナ		男	生年月日	平・令	年	月	日
氏名		女	(年齢)		(歳	カ月)

現在の体温 () °C 体重 () Kg

今日はどうかさいましたか？該当する症状にチェックをお願いいたします

発熱（最高 °C）
 頭痛
 のどの痛み
 咳・たん
 鼻水・鼻づまり
腹痛
 下痢
 血便
 吐気・嘔吐
 便秘
 発疹・湿疹
その他 ()

上記症状はいつからですか？⇒ _____ から

今回の症状で当院以外に受診された病院はありますか？ ない ある

※3か月以内に受診歴のない方あるいは変更のある方は下記もご記入ください

現在治療中、または過去にかかった病気はありますか？

突発性発疹
 はしか（麻疹）
 風疹
 水ぼうそう（水痘）
 おたふく（流行性耳下腺炎）
百日咳
 アトピー性皮膚炎
 喘息
 けいれん・ひきつけ
その他 ()

過去に手術や入院をしたことはありますか？

なし あり（病名 _____ いつ? _____）

現在服用中のお薬はありますか？

なし あり（お薬名 _____）

お薬や食べ物のアレルギーはありますか？

なし あり（お薬や食べ物の名前 _____）

1か月以内に予防接種を受けましたか？

いいえ はい（予防接種名 _____）

薬の種類は次のどれを希望されますか？（複数選択可）

- 水薬
 粉薬
 錠剤
 カプセル
 いずれでもよい
 座薬は使ったことがありますか？ ない ある

血液検査についてお答えください

- 是非受けたい（項目 _____） 必要なら受ける できれば避けたい

※当院をはじめて受診される方あるいは変更のある方は下記もご記入ください

住所	〒 _____	
電話番号	(自宅) _____	(携帯) _____

低出生体重児の方は教えてください

出生時体重 () g 在胎週数 (週 日)