

ID: \_\_\_\_\_

# 小児科問診票

フリガナ 氏名		性別	男・女
同伴者	家族（続柄） その他（本人との関係）		
生年月日	昭・平・令 年 月 日（ 歳 カ月）		
住所	〒 -		
TEL	自宅 携帯①（続柄：） 携帯②（続柄：）		

- ◆ 現在の 体温 \_\_\_\_\_ °C 体重 \_\_\_\_\_ kg
- ◆ 今日はどうな事でしたか？ いつごろから、様子など書いてください。
  - 発熱（ \_\_\_\_\_ ）
  - 発疹（ \_\_\_\_\_ ）
  - 鼻水（ \_\_\_\_\_ ）
  - 咳（ \_\_\_\_\_ ）
  - 痰（ \_\_\_\_\_ ）
  - 喉の痛み（ \_\_\_\_\_ ）
  - 頭痛（ \_\_\_\_\_ ）
  - 腹痛（ \_\_\_\_\_ ）
  - 吐き気（ \_\_\_\_\_ ）
  - 嘔吐（ \_\_\_\_\_ ）
  - 下痢（ \_\_\_\_\_ ）
  - 便秘（ \_\_\_\_\_ ）
  - 健診・予防接種（ \_\_\_\_\_ ）
  - その他（ \_\_\_\_\_ ）
- ◆ いままでにかかった病気はありますか？ いいえ・はい  
喘息、アトピー性皮膚炎、熱性けいれん、風疹、おたふくかぜ、突発性発疹、川崎病、  
その他（ \_\_\_\_\_ ）
- ◆ 現在服用中のお薬はありますか？ いいえ・はい  
お薬名（ \_\_\_\_\_ ）
- ◆ お薬について希望するものに○をしてください。 粉 シロップ 錠剤
- ◆ 薬や食べ物のアレルギーはありますか？  
いいえ・はい（食べ物 \_\_\_\_\_ お薬 \_\_\_\_\_ ）
- ◆ 今までに入院・手術をされたことがありますか？  
いいえ・はい（手術名 \_\_\_\_\_ ）
- ◆ 生まれたとき
  - 体重 \_\_\_\_\_ g 予定日通りでしたか。 いいえ・はい
  - 普通分娩でしたか。 いいえ・はい 生まれてすぐに泣きましたか。 いいえ・はい