



小児科問診票

年 月 日

I D _____ 氏名 _____ 様 年齢 _____ 歳 _____ ヶ月

体温 _____ ℃ 体重 _____ k g

- ◆渡航歴 なし・あり ()
- ◆インフル予防接種 未・済
- ◆異常行動 なし・あり ()

◆ 本日はどのような目的で受診されましたか？

一番心配なことは？

◆ 症状のあるものに○を、その下に「いつから」か、ご記入ください

◇風邪症状 : 熱(最高体温 _____ ℃) 頭痛 首・耳下の痛み 関節痛 その他

◇鼻・のど : 鼻水 鼻詰まり くしゃみ むずがゆい のどの痛み・不快感 その他

◇胸・呼吸 : 咳(朝 昼 夜 一日中) 咳あげ 痰 喘鳴 息苦しい その他

◇胃腸症状 : 腹痛 嘔気 嘔吐(回数 _____ /日) 下痢(回数 _____ /日) 便秘(最終排便 _____ 日)

◇食欲低下 : とれる とれない 少ない(程度 _____ /10)

◇水分摂取 : とれる とれない 少ない(程度 _____ ml)

◇その他 : 睡眠不足 元気がない 機嫌が悪い 発疹 かゆみ 目やに

◆ 家族や身近に同じ症状の方がありましたか？ (いない いる : 家族 学校 園)

◆ 上記のことで他の病院に行かれましたか？ (行かない 行った :)

◆ 今、飲んでいる薬がありますか？ (ない ある :)
※薬の説明書があれば見せてください

◆ サプリメントなどの健康食品をのんでいますか (ない ある)

◆ 今までに大きな病気をしたことがありますか？ (ない ある :)

◆ アレルギーの病気がありますか？ (ない ある : 鼻炎 喘息 花粉症 アトピー 蕁麻疹)

◆ 薬や食べ物のアレルギーがありますか？ (ない ある : 牛乳 卵白 卵黄 小麦 そば)

◆ 薬のご希望は？ (形状 : シロップ 粉 錠剤 カプセル)
(方法 : 院内処方 院外処方)

※院外処方の場合、他科の処方も院外処方となります

