

# 小児問診票

記入日



ふりがな 名前	住所 〒 -		
日中ご連絡のとれる電話番号 - - -	性別	体重 kg	体温 °C

## 1. どんな症状ですか？

かぜ症状（発熱・頭痛・せき・たん・はなみず・のどの痛み）・ 腹痛・ 吐き気・ 嘔吐  
下痢・ 便秘・ かゆみ・ しつしん・ 息苦しさ・ その他（ ）

## 2. いつからですか？

本日（ ）時頃から ・ 昨日から ・ （ ）日前から ・ （ ）か月前から

## 3. かかったことがある、もしくはかかっている病気ものはありますか？

麻疹・ 風疹・ おたふくかぜ・ 水ぼうそう ・ そのほか（ ）

## 4. 現在、飲んでいる薬はありますか？

はい ・ いいえ はいの場合（おくすり手帳・なければ薬の名前）（ ）

## 5. けいれんを起こした事がありますか？

はい ・ いいえ はいの場合（ ）才 カ月頃（ ）

## 7. 薬や食べ物で、アレルギー症状（発疹、気分不快など）起こしたことがありますか？

はい ・ いいえ ※はいの場合（薬や食べ物の名前）（ ）

## 8. お薬の形態で、ご希望のある方は○をしてください。

シロップ ・ 細粒 ・ 錠剤

※当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。

※正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

### 当クリニックをどのようにしてお知りになりましたか？

看板 ・ バス車内放送 ・ ホームページ ・ 知人 ・ ご家族