

ID

小児科用問診票

ふりがな

氏名 _____ 男 ・ 女 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

住所 〒 _____

電話番号 _____

体重 _____ Kg

集団生活 未 ・ (_____) 保育園・幼稚園・小学校

本日はどのようなことで来院されましたか？

熱 (_____ 月 _____ 日 _____ 時に _____ °C)

鼻水 (_____ 月 _____ 日 から)

咳 (_____ 月 _____ 日 から)

呼吸が苦しそう (_____ 月 _____ 日 から)

(_____ どんな？ ゼーゼーする ・ 鼻がつまる ・ いびきをかく)

腹痛 (_____ 月 _____ 日 から)

嘔吐 (_____ 月 _____ 日 から)

下痢 (_____ 月 _____ 日 から)

頭痛 (_____ 月 _____ 日 から)

発疹 (_____ 月 _____ 日 から _____ 部位)

耳下の腫れ・痛み (_____ 月 _____ 日)

その他 (_____)

◆現在使用している薬が (ある ・ ない) *お薬手帳を受付に出してください

◆今回の症状で他院に受診 (した ・ していない)

◆まわりに同じ症状の人が (いる ・ いない ・ わからない)

◆アレルギーはありますか？ (ある _____ ・ ない)

◆けいれんしたことはありますか (ある _____ 歳 _____ ヶ月の時 ・ ない)