

問診票 小児用

フリガナ 名前	性別 男 ・ 女	年齢	歳
電話 (主) () 父・母・他	生年月日 年 月 日		
番号 (副) () 父・母・他	身長	cm	体重 kg
住所 〒	体温 °C		

1. 本日はどのような事でしたか？ 当てはまる項目にチェックをお願いします

- 1.発熱 2.せき 3.鼻水 4.発疹 5.下痢 6.嘔吐 7.腹痛 8.けが 9.予防接種
10.その他の症状・心配事 内容 _____

2. いつから症状が出ましたか？

- 1.今日から 2. ___日前 3. ___ヶ月前 4. ___年前

3. 今回の症状で、他の医療機関を受診されたことはありますか？

- 1.ない 2.ある 医療機関名 _____ 検査、治療内容 _____

4. 今までにかかった病気に関して、当てはまる項目にチェックをお願いします

- 1.ぜんそく 2.熱性けいれん 3.溶連菌感染症 4.肺炎 5.水ぼうそう 6.おたふくかぜ
7.川崎病 8.花粉症 9.その他 _____

5. お薬についてお答えください。 お薬手帳をお持ちでしたら受付にお渡してください

- 現在飲んでいるお薬 1.ない 2.ある 薬品名 _____
- お子さんが服用できる剤型はどれですか？
1.錠剤 2.ドライシロップ・粉薬 3.シロップ 4.坐剤 5.その他 _____

6. ご家族について、当てはまる項目にチェックをお願いします

- 家族構成 1.父 2.母 3.兄 4.姉 5.弟 6.妹 7.その他 人家族 _____
- 疾患をお持ちのご家族 1.いない 2.いる
1.アレルギー疾患 2.喘息 3.神経疾患（てんかん等） 4.遺伝性疾患
5.その他、病気療養中 病名等 _____

7. 薬剤や食べ物、金属等のアレルギーはありますか？

- 1.ない 2.ある その原因物質 _____

8. 通園・通学状況をお知らせください

- 1.通っていない 2.通っている 名称 _____

9. 検査や治療について、ご希望がありましたらお書きください

10. 当院をなにで知りましたか？

- 1.通りがかり 2.ホームページを見た 3.職場、学校が近い 4.ご紹介 紹介元 _____