

記入日 年 月 日

## 小児問診票

ふりがな			
お名前			男 女
生年月日 現在の体重	年 月 日生 (満 歳 か月)	k g	
住所	〒		
電話番号	( )	携帯番号	( )

■本日は、どのような症状でおかかりになりますか？

月 日頃から 本日の体温 °C

---

---

※ 現在ある症状に○をつけてください。

- ・咳 月 日から
  - 痰がからむゴホゴホという咳
  - かわいたコンコンという咳
  - 夜中に咳き込んで目を覚ましてしまう
  - ゼーゼー、ゼロゼロしてしまう。
- ・鼻水 月 日から
  - 透明でサラサラしている
  - にごってドロドロしている
- ・嘔吐 月 日から 今日  続いている  止まっている
- ・下痢 月 日から  便に血が混じっている

■今回の症状でどこかを受診されましたか？

いいえ ・ はい 場所 \_\_\_\_\_  
処方された薬はありますか？ いいえ・はい  
はいの方 \_\_\_\_\_

■周囲で流行しているものはありますか？

いいえ ・ はい インフルエンザ・おたふく・水痘・溶連菌・ロタ・ノロ  
その他 ( \_\_\_\_\_ )

■定期的に治療・内服されているお薬などはありますか？

いいえ ・ はい \_\_\_\_\_

■医師にアレルギーがあるといわれたことはありますか？ (食物・薬剤アレルギーなど)

いいえ ・ はい (具体的に \_\_\_\_\_ )

お薬で合わないものはありましたか？

いいえ ・ はい (具体的に \_\_\_\_\_ )

■ご希望がありましたらどちらかに○をお願いします。

お薬は、 散剤（粉薬） ・ シロップ ・ 錠剤 を希望します。

■ 保育園・学校に通っていますか？

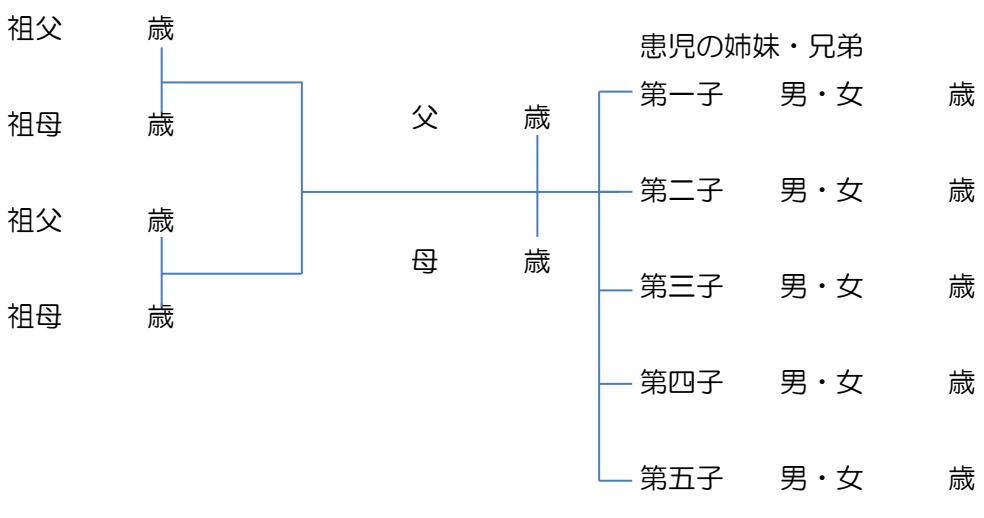
行っていない ・ 行っている（名称をご記入ください）

（ ） 保育園・幼稚園 （ ） 小学校 （ ） 中学校

■ ご同伴の保護者の方が来院にあたって都合の良い曜日、時間帯はいつですか？

曜日 AM PM

※以下の表にチェックをお願いいたします。

妊娠・出産	妊娠中の経過 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常（具体的に ） 出産の経過 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常（具体的に ） 生まれた時の経過 <input type="checkbox"/> 正常（出産時体重 g） <input type="checkbox"/> 異常（具体的に ）
成長・発達	健診や育児相談で発達について何か指摘されたことはありますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある（具体的に ） 大きな病気や手術をしたことがありますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある 歳頃（具体的に ） 歳頃（具体的に ）
生活・家族	ご家族の構成についてご記入ください。 ・一緒に住んでいる方は年齢もご記入下さい。・患者様ご本人には◎をお付け下さい。  <p>祖父 歳</p> <p>祖母 歳</p> <p>祖父 歳</p> <p>祖母 歳</p> <p>父 歳</p> <p>母 歳</p> <p>患児の姉妹・兄弟</p> <p>第一子 男・女 歳</p> <p>第二子 男・女 歳</p> <p>第三子 男・女 歳</p> <p>第四子 男・女 歳</p> <p>第五子 男・女 歳</p>
備考	ご家族で病気をされた方やアレルギーと言われた方がおいでならばご記入ください。