

小児科問診票

記入日 年 月 日

生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日 (初診時のみ)

ふりがな
名前 (男・女) 年齢 歳 か月 体重 kg 体温 ℃

住所 (初めての方のみ記載) 〒

電話番号 (初めての方のみ記載) 自宅 ☎ 携帯電話 ☎

① 今日はどうされましたか？

- 熱がある(日前から) 咳 鼻水・鼻つまり たん のどが痛い 寒気 頭痛 関節痛
- 元気がない、ぐったりしている 機嫌が悪い 食欲がない、飲みが悪い 顔色が悪い
- 吐き気 おう吐 下痢 (軟便・水様便・血便) 腹痛 頻尿 排尿痛
- 胸が痛い 動悸 息苦しい、呼吸が苦しそう 喘鳴 (ゼーゼー、ヒューヒュー)
- 湿疹 (部位:) かゆい
- 薬、検査、相談、その他()

② 症状はいつからですか？ 今日初めて () 日前から ずっと前から

③ 現在周囲や家族で流行している病気はありますか？ ない ある ()

④ 現在通院中の病気、または過去に治療を受けた病気はありますか？ (初診時のみ)

なし ある 病名: _____

⑤ 飲んでいるお薬はありますか？ (*お薬手帳をお持ちの方は受付にご提示ください)

なし ある 薬品名: _____

⑥ お薬や食品でアレルギーや副作用が出たことはありますか？ (初診時のみ)

なし ある 薬・食品名: _____

⑦ 希望する薬の剤形は？ (シロップ 粉薬 錠剤 どれでもよい)

⑧ 今日熱さましはご希望ですか？ いない いる (座薬 シロップ 粉薬 錠剤)

⑨ 医師の希望がある方はご記入ください ()