

小児科初診問診票

ご記入日 年 月 日

フリガナ お名前	(男・女)	生年月日	平成・令和 年 月 日 (歳 カ月)	体重 kg	体温 ℃
				(クリニック記入欄)	
ご住所	〒		自宅電話		
			携帯電話(父・母)		

◎当院をどこでお知りになりましたか？

インターネット・電柱広告・駅看板・ご家族・お知り合い・その他()

◎本日はどうされましたか

熱がある 月 日 午前・午後 時頃から(解熱剤を最後に使用したのは 午前・午後 時頃)

咳が出る 月 日から(かわいた咳・痰がからむ・ゼーゼー)

鼻水が出る 月 日から(サラサラ・ネバネバ)

のどが痛い 月 日から

お腹が痛い 月 日から

吐き気・嘔吐 月 日から

下痢 月 日から

便秘 月 日から

頭痛 月 日から

皮膚の 湿疹・かゆみ・痛み 月 日から

ほかに症状のある方・相談のある方はこちらにご記入ください。

()

◎水分摂取は？ いつもどおり やや少ない 少ない

◎食事摂取は？ いつもどおり やや少ない 少ない

◎機嫌は？ いつもどおり やや悪い 悪い

◎ご家族や周り(学校など)で体調を崩されている方はおられますか？

なし あり →病名()

◎飲んでいるお薬はありますか？

なし あり →薬名() お薬手帳をご提示いただくか、薬の名前をご記入ください。

◎アレルギーはありますか？

なし あり →薬名 ()

→食品名 ()

◎飲みやすいお薬の形は シロップ 粉薬 シロップ・粉薬どちらでもよい 錠剤またはカプセル