

小児科問診票

ID

ふりがな		男 ・ 女	体重
氏名			kg
生年月日	平成 令和	年	月 日
			年齢 才 ヶ月
住所			
自宅電話		携帯電話	
学校名 園名			

体温 _____ °C ※体温は小児科にかかる方、全員測ってください

1 症状はいつからですか？ _____ 日から

2 症状に○と記入をしてください

咳・咽頭痛・鼻水・鼻づまり・腹痛・頭痛・その他 _____

発熱（現在 _____ °C 最高体温 _____ °C）

嘔吐（最後 _____ 日 _____ 時頃 合計 _____ 回）

下痢（最後 _____ 日 _____ 時頃 合計 _____ 回 水様・形状あり 色：_____）

便秘（最後 _____ 日） 発疹（部位 _____）

3 食事量 通常・半分・少し・全く食べられない（最後 _____ 日 _____ 時頃）

4 水分量 通常・半分・少し・全く飲めない（最後 _____ 日 _____ 時頃）

5 他院にて治療中の病気はありますか？ なし あり（↓記入）

・病名 _____ ・いつから _____ から ※お薬手帳を提出してください

6 大きな病気の既往はありますか？ なし あり（↓記入）

・病名 _____ ・いつから _____ から

・病院名 _____ ・年に _____ 回通院している

7 痙攣(けいれん)をおこしたことはありますか？ なし あり（↓記入）

・初めて _____ 才 最後 _____ 才 合計 _____ 回 痙攣時間 _____ 分 痙攣時発熱 あり・なし

8 食べ物や薬でアレルギー症状がでたことはありますか？ なし あり（↓記入）

・原因の食べ物・薬名 _____ 症状 _____

9 医療費明細書の発行を希望されますか 希望 不要

10 当院をどのようにしてお知りになりましたか？

ホームページ 看板 知人紹介(家族含む) 通りがかり 広告 その他

11 その他なにかありましたら、ご記入ください