

<小児用 問診票>

記入日 年 月 日

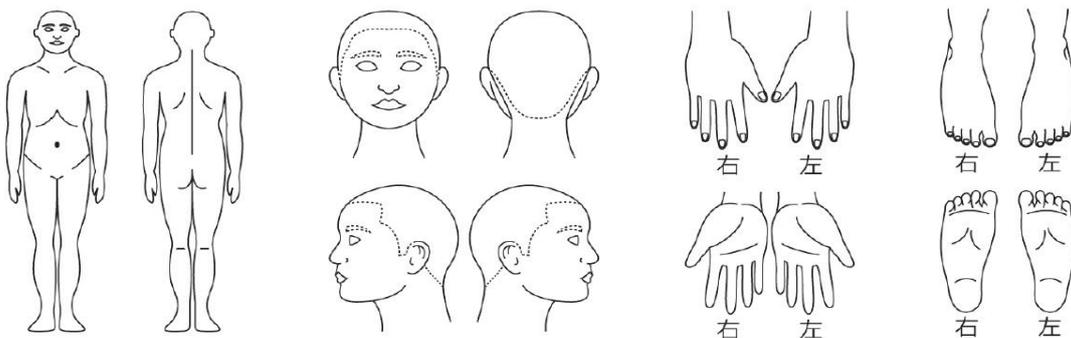
フリガナ		生年月日	西暦 年 月 日
お名前		性別・年齢	男・女 歳
住所	〒		
電話番号	自宅： ()	保護者携帯：	- -
記入者	母親・父親・祖父母・その他 ()		
体温 ()℃	身長 () cm	体重 () kg	

(1) 本日はどうされましたか？ 体温 ()℃

かぜ症状	<input type="checkbox"/> 発熱 (最高：)℃ <input type="checkbox"/> 寒気 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 鼻水 (透明・白色・黄色・緑色) <input type="checkbox"/> 鼻づまり <input type="checkbox"/> 咳 (日中・食後・就寝時・明け方) <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 痰 (透明・白色・黄色・緑色・血痰) <input type="checkbox"/> だるさ
おなかの症状	<input type="checkbox"/> 腹痛 (時々・いつも) <input type="checkbox"/> はき気 <input type="checkbox"/> 嘔吐 (今までに 回) <input type="checkbox"/> 下痢 (今までに 回 水様・軟便) <input type="checkbox"/> 便秘
胸の症状	<input type="checkbox"/> 胸が痛い <input type="checkbox"/> 胸が苦しい <input type="checkbox"/> 息苦しい <input type="checkbox"/> ヒューヒューゼーゼー
皮膚の症状	<input type="checkbox"/> かゆい <input type="checkbox"/> ぶつぶつ <input type="checkbox"/> 痛い <input type="checkbox"/> ピリピリ <input type="checkbox"/> カサカサ <input type="checkbox"/> 赤い <input type="checkbox"/> はれている <input type="checkbox"/> 水ぶくれ <input type="checkbox"/> やけど <input type="checkbox"/> 水虫 <input type="checkbox"/> ニキビ <input type="checkbox"/> イボ <input type="checkbox"/> タコ <input type="checkbox"/> じんましん <input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> 虫さされ <input type="checkbox"/> フケ
上記の症状にあてはまらない場合にはこちらにご記入ください ()	

(2) いつからですか？ 月 日頃から

皮膚科受診のみ：図の症状があるところに○をつけてください



(3) この症状で他の病院を受診しましたか？*お薬手帳をお持ちの方はお出しください

<input type="checkbox"/> はい	『はい』とお答えの方
<input type="checkbox"/> いいえ	処方されたお薬（ ）

(3) これまでに何か病気にかかったことはありますか？

<input type="checkbox"/> はしか（麻しん）	<input type="checkbox"/> 風しん	<input type="checkbox"/> みずぼうそう	<input type="checkbox"/> おたふくかぜ	<input type="checkbox"/> 溶連菌感染症		
<input type="checkbox"/> 百日咳	<input type="checkbox"/> リンゴ病	<input type="checkbox"/> 心臓病	<input type="checkbox"/> 川崎病	<input type="checkbox"/> 手足口病	<input type="checkbox"/> ぜんそく	<input type="checkbox"/> 花粉症
<input type="checkbox"/> アレルギー性鼻炎						

(4) 今までにひきつけ（けいれん）を起こしたことがありますか？

はい いいえ

(5) 現在のんでいるお薬はありますか？*お薬手帳をお持ちの方はお出しください

<input type="checkbox"/> はい	『はい』とお答えの方
<input type="checkbox"/> いいえ	のんでいるお薬（ ）

(6) 飲むことのできるお薬は？

シロップ 粉ぐすり 錠剤 カプセル

(7) お薬や食べ物で具合が悪くなったりアレルギー症状が出たことがありますか？

<input type="checkbox"/> はい	『はい』とお答えの方
<input type="checkbox"/> いいえ	アレルギー症状の出た 薬品名（ ） 食べ物名（ ）

(8) 近所や通学先で、下記の病気にかかっている、またはかかっていた方はいますか？

はしか（麻しん） 風しん みずぼうそう おたふくかぜ
溶連菌感染症 百日咳 リンゴ病 手足口病 ヘルパンギーナ
インフルエンザ プール熱 下痢 流行性角結膜炎

(9) 当院を何で知りましたか？

知人・家族の紹介 新聞折り込み・広告 インターネット・ホームページ
看板・通りすがりに見かけた その他（ ）

記入が終わりましたら
受付にお渡しください。

