

問診票 15歳以下 小児 日付：

お分かりになるだけで結構ですのでよろしくご記入ください。お手数ですが、ご記入後受付までご提出ください。

★ひらがなで記入してください なまえ (男・女)		生年月日	平成 年 月 日生 (歳 ヶ月)
体重 g	k	体温	度

1 本日はどのような症状で来院されましたか？

発熱	月	日	AM・PM	時頃	から	最高	℃	解熱剤の希望 (粉薬 座薬 錠剤)
頭痛	月	日	AM・PM	時頃	から			
のど痛	月	日	AM・PM	時頃	から			
鼻水	月	日	AM・PM	時頃	から	(透明・黄色)		(多・中量・少)
咳	月	日	AM・PM	時頃	から	(痰がらみ・ゼーゼー・※息苦しい)		
※嘔吐	月	日	AM・PM	時頃	から	(1日 回くらい)		
下痢	月	日	AM・PM	時頃	から	(1日 回くらい/黄色・白色・血便・水様・泥状)		
腹痛	月	日	AM・PM	時頃	から	他下記のような症状があれば○で囲んでください。		
発疹・かゆみ	月	日	AM・PM	時頃	から	※ぐったりしている ※意識状態がわるい (呼びかけても反応が悪い) ※手足が動かない		
その他								

2 思い当たる原因はありますか (例 幼稚園で胃腸炎が流行っている など)
 家族、周囲で同じ症状のある方、1ヶ月以内に海外渡航歴のある方はご記入ください。

3 現在の状態
 食欲 (ある ・ ない) 元気 (ある ・ まあまあ ・ ぐったり)
 水分 (飲める ・ 飲めない) おしっこ (出る ・ 出ない)

4 現在、他院に診察を受けたり、治療中の病気はありますか？ (はい ・ いいえ)
 はいの方は (病名)

飲んでいる薬はありますか？ (薬品名)

おくすり手帳がある方は受付へお持ちくだされば結構です。

5 飲めない薬の形状はありますか？ (錠剤 ・ 粉薬 ・ シロップ)

6 最終受診日から保険証の変更はありましたか。 (いいえ はい)

7 質問・不明な点があればお書きください。

ご協力ありがとうございました。順番が来ましたら呼びますのでお待ち下さい。
 ご記載の内容は診療目的のみ利用させていただきます。