

ID: \_\_\_\_\_ 令和\_\_年\_\_月\_\_日 問診票 こども（15歳以下）

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 k g _____	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 \_\_\_\_\_ °C 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

発疹・かゆみ \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 AM・PM \_\_\_\_\_ 時頃 から

その他 \_\_\_\_\_

他下記のような症状があれば○で囲んでください。  
※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

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？ (ある・ない)

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 お薬手帳がある方は受付までご提出ください。



7 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)

8 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。



内科

小児科

皮膚科

糖尿病内科

あまが台ファミリークリニック