

小児科 問診票 (初診)

受診の際に、母子健康手帳・お薬手帳をあわせてお持ちください 体温 _____ °C 体重 _____ kg

おなまえ _____ くん・ちゃん _____ 年齢 _____ 歳 _____ か月

1. 本日はどうされましたか？ 該当するものに○をつけてください

- ・鼻水
- ・咳 (痰がらみ ・ から咳 ・ ゼーゼー)
- ・嘔吐
- ・下痢
- ・便秘
- ・発疹 (ぶつぶつ)
- ・腹痛
- ・発熱(_____ °C)、(平熱 _____ °C)解熱剤使用(あり ・ なし)
- ・その他 _____

症状はいつ頃からみられますか？

- ・水分摂取 (普段通り ・ やや少ない ・ 少ない)
- ・食事摂取 (普段通り ・ やや少ない ・ 少ない)
- ・睡眠 (普段通り ・ やや浅い ・ 眠れない)
- ・機嫌、元気 (普段通り ・ 少し悪い ・ 悪い)

2. ご家族や周囲で、体調を崩している方がいらっしゃいますか？

あり (病名: _____) ・ なし

3. 現在使っているお薬はありますか？

あり (お薬手帳を添えるか、お薬の名前をご記入ください) ・ なし

4. 食べ物やお薬アレルギーについて

あり (名前: _____) ・ なし、不明 (検査したことがない)

5. 内服できるお薬の形

水薬 ・ 粉薬 ・ 錠剤またはカプセル ・ 服用したことがない

6. 解熱剤の処方について

坐薬を希望 ・ 粉薬を希望 ・ 錠剤を希望

7. 今までにかかったことがある病気があれば○をつけてください

特になし ・ 突発性発疹 ・ けいれん ・ 喘息 ・ 川崎病 ・ その他 (_____)

8. 6歳以下の方に質問です。

保育園 ・ 幼稚園 ・ 託児所 ・ 保育園等行っていない

ご記入ありがとうございました。

簡単で結構ですので、診察前に服を脱ぎやすくするなど、診察までのご準備をお願いいたします