

## 小児科問診票

ID

ふりがな 氏名		男 ・ 女	体重  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 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