

小児科問診票

年 月 日

フリガナ

お名前 _____ 男・女 年齢 _____ 歳 _____ ヶ月

体重 _____ k g 体温 _____ °C 「体重」「体温」も必ずご記入ください

1. 今日はどうされましたか？あてはまる症状に○をつけてください。

- 発疹・湿疹 症状がある
- 「麻疹（はしか）」「風疹」「みずぼうそう」「おたふく」が疑わしい 又は 身近にいる

上記に当てはまらない方は以下に○をつけてください。

熱がある	鼻水、鼻づまり	せき	息苦しい	ぜーぜーしている
頭がいたい	お腹がいたい	のどがいたい	吐く	尿が出ない
耳がいたい	しこりがある	けいれん	下痢	うとうとしている

2. いつからどのような症状があったか、できるだけ詳しくお書きください。

いつから： 月 日から

3. 食欲はいかがですか？

・いつもどおり ・少ない ・水分はとれる ・水分もとれない

4. お子さんが今まで何か病気にかかるか、手術を受けたことがありますか？

・いいえ ・はい (いつ頃から _____)

熱性けいれん てんかん 喘息 心臓病 腎臓病 脳の病気 目の病気
はしか 風疹 水ぼうそう おたふく 百日咳 川崎病 未熟児
その他 (_____)

5. 今飲んでいるお薬があれば教えてください。(_____)

6. 食べ物や花粉など何かのアレルギー、薬の副作用がでたことがありますか？

・いいえ ・はい (_____)

7. ご家族で何か病気の方がおられますか？

・いいえ ・はい (_____)

ありがとうございました。受付にお声かけください。