

(お子様の方へ) 小児科 問診表

| | |
|-------------|---------------------------------|
| ふりがな お名前 | 生年月日 平成 年 月 日 (歳) 体重 kg |
| 住所 〒 | |
| 電話番号 | 携帯電話 |

※当てはまる項目の上に○印をつけるか、ご記入ください。

1. お困りの症状について下から選んでください。

- ・発熱 本日 ・ ~日前 ___時頃~___℃ / 来院前の体温 時頃___℃
経過: 山は超えた ・ 出たり引いたり ・ ずっと出ている
解熱剤の使用: 無 / 有 ___回 最終使用: ___日 ___時頃
- ・咳 日前~ ・ 週間前~ 咳の性質: 痰(たん)がからむ ・ 空咳 ・ ケンケン ・ ゼーゼー
時間帯: 一日中 ・ 夜に強い ・ 寝起きに強い
- ・鼻水 日前~ ・ 週間前~ 水鼻 ・ 青鼻 ・ つまっている ・ めやにが出る
- ・嘔吐 日前~ ・ 週間前~ 回数___ /日 → 悪化傾向 ・ 変わらない ・ 改善傾向
最終嘔吐___日 ___時頃
- ・下痢 日前~ ・ 週間前~ 回数___ /日 → 悪化傾向 ・ 変わらない ・ 改善傾向
便の性状 泥上便 ・ 水便 ・ 不消化 ・ 白色便 ・ すっぱい臭い
- ・便秘 日前~ ・ 週間前~ おならあり ・ 腹痛あり ・ 食欲なし
- ・発疹 日前~ ・ 週間前~ 部位: _____
経過: 悪化傾向 ・ かゆがっている ・ 出たり引いたりしている
- ・痛み 日前~ ・ 週間前~ 部位: 頭 ・ 腹 ・ のど ・ 耳 ・ その他(_____)
- ・他 日前~ ・ 週間前~ (_____)

※ 何科を希望しますか? (小児科内科 ・ 小児科耳鼻科)

2. かかったことがある病気をチェックしてください。

- 突発性発疹 麻疹(はしか) 風疹 水ぼうそう おたふくかぜ 百日咳
 溶連菌感染症 川崎病 喘息 アレルギー性鼻炎
 アトピー性皮膚炎 じんましん けいれん(熱あり) けいれん(熱なし) てんかん
 中耳炎 心臓病 肝炎 腎炎 その他 (_____)

3. お薬は1日3回飲むことができますか? また、錠剤は飲めますか?

【3回飲む】 できる できない 【錠剤を飲む】 できる できない

4. 当院を何でお知りになりましたか?

紹介されて:ご紹介者 _____ 様・ _____ 医院 インターネットを見て
看板を見て その他(_____)

ご協力ありがとうございました。