

## ( 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 ~ \_\_\_\_\_ °C / 来院前の体温      時頃 \_\_\_\_\_ °C  
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。