

# 問 診 票 (小児用)

ふりがな					男
御 名 前					女
御 住 所 〒					様
携 帯 T E L					- -
生年月日	年	月	日生	才	ヶ月

身長 \_\_\_\_\_ cm      体重 \_\_\_\_\_ kg      体温 \_\_\_\_\_ ℃

◇どのような症状・目的で来院されましたか？

- |                                      |                                |                                  |                              |                               |
|--------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 発熱（      ℃） | <input type="checkbox"/> 悪寒    | <input type="checkbox"/> 鼻水・鼻づまり | <input type="checkbox"/> 咳   | <input type="checkbox"/> 痰    |
| <input type="checkbox"/> 喉を痛がる       | <input type="checkbox"/> 耳を痛がる | <input type="checkbox"/> 頭痛      | <input type="checkbox"/> 息切れ | <input type="checkbox"/> 腹痛   |
| <input type="checkbox"/> 嘔吐          | <input type="checkbox"/> 吐き気   | <input type="checkbox"/> 下痢      | <input type="checkbox"/> 便秘  | <input type="checkbox"/> 排尿異常 |
| <input type="checkbox"/> 発疹          | <input type="checkbox"/> 不眠    | <input type="checkbox"/> 倦怠感     | <input type="checkbox"/> 花粉症 | <input type="checkbox"/> 食欲不振 |

自由記載（ \_\_\_\_\_ ）

◇いつからですか？

- |                                       |                               |                                    |                                    |
|---------------------------------------|-------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 本日から         | <input type="checkbox"/> 昨日から | <input type="checkbox"/> _____日前から | <input type="checkbox"/> _____週前から |
| <input type="checkbox"/> その他（ _____ ） |                               |                                    |                                    |

◇今までにお薬や注射、食物でアレルギーがでたことがありますか？

ない      ある（ \_\_\_\_\_ ）

◇今までに次の病気をしたことがありますか？

- |                                       |                              |                               |                                   |                                |
|---------------------------------------|------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 突発性発疹        | <input type="checkbox"/> はしか | <input type="checkbox"/> 百日咳  | <input type="checkbox"/> 風疹       | <input type="checkbox"/> 水ぼうそう |
| <input type="checkbox"/> おたふくかぜ       | <input type="checkbox"/> 喘息  | <input type="checkbox"/> アトピー | <input type="checkbox"/> アレルギー性鼻炎 |                                |
| <input type="checkbox"/> 中耳炎          |                              |                               |                                   |                                |
| <input type="checkbox"/> その他（ _____ ） |                              |                               |                                   |                                |

◇今お飲みになっている薬、常用薬、健康食品などがありますか？

ない      ある（ \_\_\_\_\_ ）

◇薬の種類で飲めるものはどれですか？

- |                                |                             |                               |                             |
|--------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> こなぐすり | <input type="checkbox"/> 錠剤 | <input type="checkbox"/> カプセル | <input type="checkbox"/> 水薬 |
|--------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|-----------------------------|

◇その他希望されることがありましたらお書きください。

肥満、アレルギーなど

※この問診票は診察目的のみに使用します。また、本人の同意なく第三者には開示いたしません。