

小児科問診票

平成 年 月 日

お名前 _____ 男・女 _____ 歳 ヶ月 _____

本日診察に付き添われる方はどなたですか？（父・母・祖父母・その他_____）

体温	度	SPO ₂	%	P	身長	cm	体重	kg
----	---	------------------	---	---	----	----	----	----

- ☆通園・通学されていますか？いいえ／はい() 保育園・幼稚園・小・中
 → 現在、流行している病気はありますか？いいえ／はい()
 ☆薬・食べ物のアレルギーはありますか？ いいえ／はい 薬・食物()

①今日は、どうされましたか？

☆症状にをつけて、様子をご記入ください。

	月	日	時頃から	_____	℃
<input type="checkbox"/> 発熱	経過：その熱はどうなりましたか？				<input type="checkbox"/> 解熱した(月 日) <input type="checkbox"/> まだ続いている (来院前の体温 _____℃ 時頃)
	月	日	時頃	_____	_____
<input type="checkbox"/> 咳	経過：その熱はどうなりましたか？ *解熱剤の最終使用 日 時頃				
<input type="checkbox"/> 鼻水	月	日	時頃	_____	_____
<input type="checkbox"/> 嘔吐	月	日	回数	/日	最終嘔吐 日 時頃
<input type="checkbox"/> 下痢	月	日	回数	/日	血が着いている：いいえ／はい 軟便・泥状便・水便 *色：茶色・黄茶色・白色・血性・その他
<input type="checkbox"/> 発疹	月	日	時頃	_____	_____
<input type="checkbox"/> 痛み	月	日	時頃	_____	_____
<input type="checkbox"/> その他	月	日	時頃	_____	_____

② ①について

医療機関を受診しましたか？ いいえ・はい 病院名()

薬を飲んでいますか？ いいえ・はい **お薬手帳をご用意ください**

③治療中の他の病気はありますか？ ない・ある(病名 _____ 内服・外用・その他)

④前回、当院受診後、大きな病気をされましたか？ いいえ／はい(病名 _____)

☆お子様の体調について、あてはまるものに○をつけてください。



- ・食事(おっぱい)は？ ○いつも通り 1 2 3 4 5 食べれない
- ・水分補給は？ ○いつも通り 1 2 3 4 5 飲めない
- ・睡眠は？ ○いつも通り 1 2 3 4 5 眠れない
- ・元気は？ ○いつも通り 1 2 3 4 5 ぐったり (遊べない・歩けない)

★ご希望、ご相談など ()