

# 小児科問診票

令和 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 <sub>2</sub>	%	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	℃
☐発熱	経過：その熱はどうなりましたか？			☐解熱した( 月 日) ☐まだ続いている
	*解熱剤の最終使用		日 時頃	(来院前の体温 ℃ 時頃)
☐咳	月	日	～ 痰がからむ・空咳・ケンケン・ゼーゼー・息苦しい 一日中・夜に強い・寝起きに強い・運動したとき	
☐鼻水	月	日	～ 水鼻・青鼻・つまっている・目やにがでる	
☐嘔吐	月	日	～ 回数 /日	最終嘔吐 日 時頃 吐き気のみ
☐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
☐発疹	月	日	～ かゆがっている・出たり退いたりする 部位：	
☐痛み	月	日	～ 頭・腹・のど・耳・その他( )	
☐その他	月	日	～	

## 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？ 0いつも通り 1 2 3 4 5食べれない
- ・水分補給は？ 0いつも通り 1 2 3 4 5飲めない
- ・睡眠は？ 0いつも通り 1 2 3 4 5眠れない
- ・元気は？ 0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 ( )