

問 診 票 (小児)

ふりがな	男 女	生年月日		
御名前(本人)		年	月	日
付き添いの方の続柄：母 父 祖父母 その他				才
御住所 〒				
TEL (日中に連絡のつきやすい電話番号) - -				

体重 _____ kg 体温 _____ °C

◆お困りのことを教えてください。

- 発熱 鼻汁 咳 痰 くしゃみ のど痛
便秘 下痢 吐き気 腹痛 頭痛 発疹
その他： _____

◆いつからですか？

- 本日から 昨日から _____ 日前から _____ 週前から
その他： _____

◆集団生活の有無を教えてください。

- なし あり (託児所 保育園 幼稚園 小学校 中学校)
はやっている病気がある： _____

◆兄弟姉妹について教えてください。

- 一人っ子 あり (_____)
同様の症状がある・あった

◆今までにかかった、あるいは現在かかっている病気を教えてください。

- けいれん(ひきつけ)：熱があるとき _____ 回 熱がないとき _____ 回
突発性発疹 みずぼうそう おたふくかぜ 溶連菌感染 百日咳 中耳炎
はしか 風しん RSウイルス感染 マイコプラズマ感染 とびひ
気管支喘息 心臓病 川崎病 発達障害 アトピー性皮膚炎
その他： _____

◆いま服用しているお薬はありますか？ 無 有 (お薬手帳をご準備ください)

◆アレルギーはありますか？

- 薬： _____
食物： _____
花粉症 その他： _____