



★ 小児科問診票 ★

受診日	西暦 年 月 日	診察前の体温	度 分
フリガナ 氏名		男 女	生年月日：平成 年 月 日生 (西暦： 年) (歳 ヶ月)

※診察の参考になりますので、わかる範囲でご記入をお願いします。

- 今日来院されたのはどうしてですか、下記症状から当てはまる項目を○で囲んで下さい。
発熱 ・ 咳 ・ ゼーゼーがある ・ 鼻水 ・ くしゃみ ・ のどの痛み ・ 頭痛 ・ めまい
吐き気 ・ 嘔吐 ・ 腹痛 ・ 下痢 ・ 便秘 ・ 元気がない ・ 食欲がない
顔色がすぐれない ・ 機嫌が悪い ・ 目やに ・ 充血 ・ 皮膚のかゆみ ・ 発疹
身体の一部のはれ ・ 痛がる場所がある
その他 ()
- いつ頃から症状がありますか。 ()
- 現在、他の病院で治療中の病気がありますか。
いいえ ・ はい (病名：)
- 現在、内服中のお薬はありますか。
いいえ ・ はい (薬名：)
- 周囲に同じ症状の方がいたり、流行している病気はありますか。
()
- お薬や食べ物にアレルギーはありますか。
いいえ ・ はい (薬名・食品名：)
- 今までにけいれん(ひきつけ)をおこしたことがありますか。
いいえ ・ はい (回くらい 最後は 年 月頃)
- 就園・就学状況 未就園、() 保育園・幼稚園、() 小学校・中学校
- 定期予防接種は順調にお済みですか。 はい ・ いいえ
- お薬の希望は 粉薬 シロップ 錠剤
- 解熱剤の処方 要 不要 ・ 坐薬 飲み薬
- その他、何か伝えておきたいことがありましたらご記入下さい。

受付にて切り取りますので、そのままお持ちください。

※ありがとうございました。診察の順番になるまでしばらくお待ち下さい。

具合が悪い方は、早めに受付又は看護師にお申し付け下さい。 医療法人 天心堂 志田病院