

小 児 科

問 診 票

フリガナ		男・女
氏名		歳
生年月日	平成・令和 年 月 日	

現在の体重：		Kg
現在の体温：		度

※ 初診の方

○ 症状はいつごろからありますか？

--

○ どのような症状ですか？（複数回答可）

- ・ 発熱 体温 _____ °C
- ・ 鼻水・鼻づまり
- ・ 食欲がない
- ・ 咳・痰が出る・息苦しい
- ・ 元気がない
- ・ 頭痛・関節痛
- ・ 吐き気・嘔吐
- ・ 腹痛
- ・ 下痢
- ・ 上記症状にあてはまらない ※ どの様な症状ですか？

--

出生時について 異常の（有・無） 病名（

- 現在飲んでいるお薬はありますか？ （ ある ない ）
（お薬手帳を 持参 持って来ていない）
- 今までお薬を飲んで、副作用が出たことはありますか？ （ ある ない ）

（※ 副作用が出たことがある場合 → 薬品名： _____）

- お薬や食べ物にアレルギーはありますか？ （ ある ない ）

（※ アレルギーがある場合、記入してください）

--

※ 再診の方

○ 前回受診から症状の変化はありましたか？

--

※ お薬についてお尋ねします。

- 前回の処方薬は飲みましたか？ （ 飲めた 飲めない 該当なし ）
- お薬の希望はありますか？ （ シロップ 粉末 錠剤 希望なし ）