

小児科 問診票

2020年版

なまえ： _____ 男・女 _____ 歳 _____ か月

体温（来院時）： _____ °C 体重： _____ kg （分からない場合はスタッフに声をかけてください）

食べ物や薬にアレルギーはありますか いいえ ・ はい （ ）

症状 があるものに **チェック** をつけてください

発熱 （いつから 月 日 時頃から °C）→解熱剤使用（あり・なし）

発疹・ぶつぶつ （いつから 月 日）（赤み・水ほう・その他 ）

*発疹がある方は必ず受付に声をかけて下さい。

鼻みず・せき （いつから 月 日）→（痰がらみ・から咳・ゼーゼー・他 _____）

嘔吐 （いつから 月 日）→ 回数（1日 回くらい・最後に吐いた時間 時頃）

下痢 （いつから 月 日）→ 回数（1日 回くらい）

・形（水様・泥状・軟） ・色（黄茶色・白・血が混ざる）

便秘 （いつから 月 日から _____ 日間） ※普段の排便（ _____ 日に _____ 回）

その他 （ ）

この1か月間に海外渡航歴がありますか？ いいえ ・ はい （国名 ）

