

小児科 問診票

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（ _____ ）

周囲で流行している病気はありますか？ いいえ ・ はい（はいの方は以下にご記入ください）

どこで：（ _____ ）

誰が：（ _____ ）

今までにかかった病気について ○をつけてください

突発的発疹 ・ はしか ・ 風疹 ・ 水ぼうそう ・ おたふく ・ 百日咳 ・ 気管支炎

喘息 ・ 肺炎 ・ 下痢 ・ その他：（ _____ ）

入院されたことはありますか？ いいえ ・ はい（はいの方は以下にご記入ください）

病名：（ _____ ）

いつ：（ _____ 年 _____ 月 _____ 日から _____ 日間 ）

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 _____ ）

乳児健診等で何か指摘されたことがありますか？ いいえ ・ はい（ _____ ）

★母子手帳・お薬手帳をお持ちの方は、問診票と一緒にお願いします。