

小児科 問診票 (再診用)

記入日 年 月 日 ( )

フリガナ

(男・女)

体重

kg

体温

°C

お名前

様 \_\_\_\_\_才\_\_\_\_\_ヵ月

診察前にお子様の本日の症状・ご相談内容についてご記入下さい。

- 発熱、咳 (乾いた・湿った・ケンケン・ゼイゼイ)、鼻 (透明・白・黄・緑・鼻づまり)、
- 痛み (のど・頭・腹・耳・その他; \_\_\_\_\_)、嘔吐、下痢 (水様・泥状・血便)、便秘 ( \_\_\_\_\_ 日間)、
- 発疹 (部位: \_\_\_\_\_)、けいれん (AM・PM \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分頃)、その他 ( \_\_\_\_\_ )
- その症状はいつ頃からですか・・・? ( \_\_\_\_\_ 日前から \_\_\_\_\_ 時間前から)
- 水分は取れていますか? はい・いいえ ( \_\_\_\_\_ 時間前から)
- 周囲に病気の方はいますか? はい・いいえ (病名や症状: \_\_\_\_\_ )
- 現在飲まれているお薬はありますか? なし・あり ( \_\_\_\_\_ )
- お薬や食べ物にアレルギーはありますか? なし・あり ( \_\_\_\_\_ )
- 薬の希望は? (シロップ・粉薬・錠剤)
- その他何かご要望やご相談したいことがありましたら、ご記入下さい  
 ( 例: 検査・鼻すい処置・吸入処置・水いぼ処置 )
- 住所・電話番号・保険に変更がありますか? なし・あり ( \_\_\_\_\_ )