

# 小児用問診票

ふりがな		生年月日	年齢
お名前		平成 令和	年 月 日 歳
ご住所	〒	性別	
		男 ・ 女	
保護者連絡先	— —	お名前 父・母・その他( )	

集団生活	なし・あり ⇒ ( ) 保育園・幼稚園・小学校・中学校
ごきょうだい	いない・いる ⇒ 兄 ・ 姉 ・ 弟 ・ 妹

症状に○をつけてください。

症状	発熱	頭痛	せき	鼻水	のどの痛み	腹痛	おうと	げり	湿疹 発疹
その他の症状									
症状がいつから、どのように経過したか、具体的に教えてください。   来院時の体温 _____ °C									

体重	kg	薬の希望	剤型	シロップ・粉・錠剤・坐薬	とくに希望なし (先生におまかせ)
			回数	1日2回 ・ 1日3回	

↑薬の処方に必要です。

↑薬の剤型や回数は必ずしもご希望どおりになるとは限りません。

- \*いま飲んでお薬はありますか。 あり・なし  
お薬の名前： \_\_\_\_\_
- \*生まれたときの体重は何グラムでしたか。 ( ) g
- \*妊娠何週で生まれましたか。 妊娠 ( ) 週
- \*出生時や健診時に異常が指摘されたことはありますか。 あり・なし  
内容： \_\_\_\_\_
- \*いままでにかかった病気はありますか。 喘息・けいれん・その他・なし  
その他の場合の病名： \_\_\_\_\_
- \*お子さまにアレルギーはありますか。 あり・なし  
ある場合は何のアレルギーですか。 \_\_\_\_\_
- \*ご両親にアレルギーはありますか。 あり・なし  
ある場合は何のアレルギーですか。 \_\_\_\_\_
- \*最近、他院で診察や検査を受けましたか。 受けた・受けていない

ご記入いただいた情報は、診療目的以外に使用することはありません。