

小児科 問診票

お名前	フリガナ	性別	年齢	現在の体温	体重
		様 男・女	歳	°C	kg

*体重はお薬の量を決めるのに大切です。1ヶ月以内に測定した体重をお書きください。

ご希望のお薬 粉 ・シロップ ・錠剤 ・坐薬 ・どれでもよい

※他院で処方されているお薬を服用中の方は、お薬手帳も一緒に受付にお渡しください。

以前に受診されたことがあり、以下に該当する方は□に✓をつけてください

前回の続き（1か月以内） 検査結果 定期受診（喘息・便秘・皮膚・アレルギー）

本日までのご症状の□に✓をつけてください

発熱 月 日～ 一番高いときのお熱 °C 解熱剤最終使用 時 分

【熱性けいれんの既往 あり・なし】

※必要と判断された場合、検査はご希望ですか？ 希望しない・希望する（コロナ抗原・インフルエンザ）

● 1か月以内にインフルエンザにかかりましたか？ いいえ・はい（A型・B型）

鼻水・鼻づまり 月 日～

咳 月 日～（乾いた、痰がらみ、ケンケン、ゼイゼイ）

のどの痛み 月 日～

腹痛 月 日～

嘔気・嘔吐 月 日～ 嘔吐の場合（ 回）

下痢 月 日～

便秘 月 日～

皮膚の乾燥

発疹 月 日～ 部位（ ）

その他（具体的に）

以下、該当する項目の□に✓をつけてください

既往歴あり 詳細（ ）

家庭内に同様の症状の方がいる どなたが（ ） 症状（ ）

集団生活あり 園名又は学校名（ ） 流行はありますか？（ ）

☆ご協力ありがとうございました。