

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	℃	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 ℃ 解熱剤最終使用 時 分

【熱性けいれんの既往 あり・なし】

□ 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。

印西総合病院 小児科外来