



小児科問診表



*熱がある(24時間以内に37.5℃以上あった)・嘔吐の症状がある方は受付へお申し出ください。

*ご家族の診察・お薬処方希望される方は、受付と一緒に済ませてください。

*お薬手帳をお持ちの方は受付にお渡しください。

| | | | |
|--|---|-------|-----------|
| フリガナ 名前 | (男・女) | 来院時体温 | * |
| 生年月日 | 平成 令和 年 月 日 (歳 ヵ月) | 体重 | * g kg |
| 住所/TEL | 初めての来院の方・変更がある方のみ、ご記入ください (TEL - -) | | |
| *薬の希望 (粉 水薬 錠剤 / 1日2回にしてほしい) *解熱剤希望 (なし・座薬・粉・シロップ・錠剤) *いつものお薬がほしい() | | | |
| 1)今日どのような症状で来院されましたか?あてはまる項目に☑または○をつけて下さい。 | | | |
| <input type="checkbox"/> 前回の診察の続き () | | | |
| <input type="checkbox"/> スキンケア (症状は? ・落ち着いている ・悪化している ()) (現在の塗り方は?) | | | |
| <input type="checkbox"/> 予防接種 (ヒブ 肺炎球菌 B型肝炎 ロタ 4種混合 MR 水痘 おたふく その他 ()) *子宮頸がんワクチン・3種混合・ポリオ・日本脳炎は予約の方のみ。 | | | |
| <input type="checkbox"/> 目の症状 ()月()日から → 充血 かゆみ めやに | | | |
| <input type="checkbox"/> 便が出ない ()月()日から | | | |
| <input type="checkbox"/> 便に血が混ざる()月()日から おむつ持参 (あり / なし) | | | |
| <input type="checkbox"/> 咳 ()月()日から → ぜーぜー 痰がらみ 乾いた咳 ケンケン () | | | |
| <input type="checkbox"/> 鼻水 ()月()日から → 透明 黄色鼻 鼻づまり | | | |
| <input type="checkbox"/> 発疹 ()月()日から → あたま かお くちの中 くび むね おなか せなか てあし おしり 全身 | | | |
| <input type="checkbox"/> 体重増加が気になる | | | |
| <input type="checkbox"/> 救急受診した (いつ? 月 日 / 理由:) | | | |
| <input type="checkbox"/> その他 () | | | |
| 2)現在使っている薬(飲み薬・塗り薬・吸入薬)はありますか? なし / あり (薬の名前) | | | |
| 3)今までにひきつけ(けいれん)を起こしたことはありますか? いいえ / はい (いつ?) | | | |
| 4)アレルギーはありますか? なし / あり () | | | |
| 5)周りにコロナウイルス感染症のかた・疑いのかたはいますか? いいえ / はい(誰?) | | | |

