

# 小児科問診票

ID ( )

受診日 年 月 日

ふりがな \_\_\_\_\_

お名前 \_\_\_\_\_

男女

年齢 \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ ヶ月

現在の体温 ( ) 度

今日の体重 ( ) Kg

- 1 : 顔や身体や手足に発疹(ブツブツ)は出ていませんか? ( 出ています ・ 出ていません )
- 2 : 耳の下が腫れていませんか? ( 腫れています ・ 腫れていません )
- 3 : 今日の便の様子はどうですか? ( 普通・軟・硬・下痢・便秘・出ていません )
- 4 : 今回の症状(様子)はいつ頃から気になりましたか? ( )年( )月( )日頃からです。
- 5 : 今回の症状(様子)をお書き下さい

- 6 : 今回の症状で当院以外の病院等にかかっていますか? ( かかりました ・ かかっていません )
- 7 : お薬は、飲んでいますか?  
今飲んでいる、お薬は何ですか? ( 飲んでいます ・ 飲んでいません )  
( 当院で処方した薬 ・ それ以外の薬 )
- 8 : 何か他に心配な事(気になる事)はありますか?  
( 気になる事を、ご記入下さい。 )

9 : 下のグラフと表には受診日までの(熱、元気、食欲、咳、便)等の様子を簡単に、ご記入下さい。

熱の所に点(・)を書いて下さい。	40度					
	39度					
	38度					
	37度					
	36度					
日にち	/	/	/	/	/	/
元気の有無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
食欲の有無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
咳の様子	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
便の様子						

注 : 問診票は記入が済んだら、受付にお出し下さい。  
注 : 上記ご記入された情報は当院で定めた利用目的の範囲内で利用させていただきます。