

初診問診票 小児用 《 0歳～中学生 》

吸 F C

1 2 (:)

令和 年 月 日		記入不要 () (°C)
ふりがな お名前	(男 ・ 女) (歳 ヶ月)	本人 (°C) () (°C) () (°C)
ご住所	〒 -	
電話番号	() —	
携帯番号	() —	
生年月日	H ・ R 年 月 日	最近の体重 kg

◇今日はどうされましたか？見られる症状を全て教えてください。

発熱 なし ・ あり → 自宅での体温(_____ °C)

↳ 発熱し始めたのは《 月 日の AM / PM : 頃から(_____ °C) 》

のどの痛み ・ 咳 ・ たん ・ 鼻水 ・ 鼻づまり ・ 寒気 ・ 頭痛 ・ ゼーゼー ・ 元気がない
 腹痛 ・ 嘔気 ・ 嘔吐(回/日) ・ 下痢(回/日) ・ 軟便 ・ 便秘 ・ 血便 ・ 血尿
 発疹 ・ ひきつけ ・ 咳や鼻水等の症状がひどく夜眠れない ・ 身長相談
 その他(_____)

◇一番つらい症状・気になることは何ですか？ (_____)

◇いつから症状がみられますか？ (本日 ・ 昨日 ・ おととい ・ 1週間前 ・ () 日前 ・ () カ月前から)

◎周囲で流行している病気はありますか？ (_____)

◇ご希望の薬の形状 [シロップ ・ 粉 ・ 錠剤 ・ 坐剤 薬剤の種類によってはご希望に添えないこともあります]

◇お手数をおかけいたしますが、次の質問にお答え下さい。

1. 今までに大きな病気(慢性疾患を含む) ・ 大けがの経験はありますか？
 ない ・ ある → (_____)
2. 現在治療中の病気はありますか？ *お薬手帳があればご提示ください！
 ない ・ ある → (_____)
 ※服用中の薬 → (_____)
3. 注射があわなかったり、薬を飲んで発疹が出たり、気分が悪くなったことがありますか？
 ない ・ ある → (_____)
4. アレルギーといわれたことがありますか？
 ない ・ ある → (_____)
5. 喘息(ゼーゼー)やじんましんをおこしたことがありますか？
 ない ・ ある → (_____)