

ID _____

問 診 表 (初診)

小児科

ふりがな _____ 男 (歳) 身長 _____ cm
 氏 名 _____ 女 体重 _____ kg 本日の体温 _____ °C
 生年月日 H・R _____ 電話番号 _____
 住 所 _____ 緊急連絡先 _____

※本日はどのようなことで受診されましたか？

症状がある方は、当てはまるところに記入してください。

症 状	いつから	状 態
<input type="checkbox"/> 発熱	から (最高 _____ °C)	食 事 <input type="checkbox"/> 普段通り <input type="checkbox"/> 普通の () <input type="checkbox"/> とれず
<input type="checkbox"/> 鼻水	から	水 分 <input type="checkbox"/> 普段通り <input type="checkbox"/> 普通の () <input type="checkbox"/> とれず
<input type="checkbox"/> せき	水っぱな・黄色・青っぱな から	尿回数 <input type="checkbox"/> 普段通り <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> 出ない (最終 時)
<input type="checkbox"/> のど痛	コンコン・ゲホゲホ・ケンケン から	睡 眠 <input type="checkbox"/> 普段通り <input type="checkbox"/> 時々起きる <input type="checkbox"/> 眠れず
<input type="checkbox"/> 頭痛	から	機 嫌 <input type="checkbox"/> 良 い <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 悪 い
<input type="checkbox"/> タン	から	その他の症状、気になることなど
<input type="checkbox"/> ゼーゼー	から	
<input type="checkbox"/> 嘔吐	ケンケン・ヒューヒュー・ゼロゼロ から 1日 回	
<input type="checkbox"/> 下痢	から 1日 回	
<input type="checkbox"/> 腹痛	から	
<input type="checkbox"/> 発疹	から	
<input type="checkbox"/> けいれん	から	

※お薬の希望 水薬 こな薬 錠剤 何でも可

※熱冷ましは (坐薬 こな薬 錠剤 何でも可)

※集団生活は？無 有 → () 保育園・幼稚園・学 校・その他

※アレルギーと言われたことはありますか？ ()

※ご家族・お友達で具合の悪い方、その他まわりで流行している病気はありますか？

無 有 → ()

※今かかっている他の医療機関は？

無 有→ ()

飲んでいるお薬は？

無 有→ ()

※有りの方はお薬手帳を窓口へお出しください

※今まで入院したことはありますか？

無 有→ ()

ご協力ありがとうございました