

患者 ID :

小児科問診票

お子様の

お名前 _____ 年齢 (月齢) _____ 歳 _____ か月 体重 _____ kg 体温 _____ °C

以下、当てはまるものに○、✓をつけ、必要事項を記載してください。

① 紹介状はありますか? はい ・ いいえ

② 今日はどうされましたか?

- 発熱 鼻水 咳 頭が痛い のどが痛い
- お腹が痛い 吐く 下痢 食欲がない 水分がとれない
- ほっしん (ブツブツ) ひきつけ その他 _____

その症状はいつから? _____

他の症状・
経過など

③ 今回のことで、他の病院を受診されましたか? はい ・ いいえ

「はい」の場合、いつ、どこを受診されましたか?

_____月 _____日 病院名 _____ (お薬手帳などあればご呈示ください)

④ 集団生活をされていますか? (幼稚園、保育園・学校など) はい ・ いいえ

⑤ ご家族やお友達などに同じ症状の人がいますか? いる ・ いない

⑥ 今まで何か病気にかかったか、手術をしたことがありますか?

熱性けいれん 熱のないけいれん ぜんそく 心臓病 腎臓病

みずぼうそう おたふくかぜ 川崎病 早産児

その他 (_____)

⑦ アレルギーについて

薬物アレルギー あり ・ なし

食物アレルギー あり ・ なし

その他のアレルギー あり ・ なし

具体的に (_____)

⑧ 薬の希望について

のみぐすり: 粉 シロップ 錠剤

解熱剤 : のみぐすり 座薬

明石医療センター小児科外来

