

番

# 問診票（病児）



ふりがな  
名前 \_\_\_\_\_ 男 ・ 女 \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ 月（生後 日 日）

クリニックで測定した体温 \_\_\_\_\_ °C 体重 \_\_\_\_\_ kg

呼び出しを希望されますか？

希望しない ・ 希望する（携帯番号 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_）

① いつからどのような症状ですか？具体的にご記入ください。

発熱・腹部症状のある患者さんは別紙に記入してください。

咳 \_\_\_\_\_ 【いつから症状がありますか】

鼻水 \_\_\_\_\_ 【いつから症状がありますか】

\_\_\_\_\_ 【鼻水の色は何色ですか】

皮膚 \_\_\_\_\_

②他に心配な症状はありますか？

③家族や園・学校に具合の悪い方はいますか？

家族（ \_\_\_\_\_ ）、園・学校（ \_\_\_\_\_ ）

④今、飲んでいるお薬はありますか？

ない ・ ある（お薬手帳をお持ちでしたら出してください）

⑤薬を飲んで何らかの症状が出たことはありますか？

ない ・ ある（薬品名と症状 \_\_\_\_\_ ）

⑥これまでの熱性痙攣（なし ・ あり）

⑦追加で行った予防接種（なし ・ あり）

⑧食物アレルギー（なし ・ あり）