

# 問診票 (小児科)

なまえ(カナ) : \_\_\_\_\_ 年齢 : \_\_\_\_\_ 才 \_\_\_\_\_ カ月

体温 : ( \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ )℃ 性別 : 男・女 体重 : ( \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ ) kg

↑わからない場合は測定をお願いします

↓↓↓どちらかに○をしてください

☆医師の希望 有 ( \_\_\_\_\_ 医師)・無 ※希望が無い場合は、早く呼べる医師でご案内します

通園、通学している : いいえ/はい ( \_\_\_\_\_ ) 保育園・幼稚園・小・中

現在流行している病気はありますか? : いいえ/はい ( \_\_\_\_\_ )

けいれんの既往がある : いいえ/はい

## 全身状態 (あてはまる項目にチェックをお願いします)

意識	<input type="checkbox"/> いつもと変わらない	<input type="checkbox"/> ぼんやりしている	<input type="checkbox"/> つねっても反応がない
呼吸	<input type="checkbox"/> いつもと変わらない	<input type="checkbox"/> 呼吸が速く苦しい	<input type="checkbox"/> 呼吸をしない
動き	<input type="checkbox"/> いつもと変わらない	<input type="checkbox"/> 動きが少ない	<input type="checkbox"/> 全く動かない
食欲	<input type="checkbox"/> いつもと変わらない	<input type="checkbox"/> いつもの半分くらい	<input type="checkbox"/> 全くのまない
睡眠	<input type="checkbox"/> いつもと変わらない	<input type="checkbox"/> 時々目を覚ます	<input type="checkbox"/> 全く眠れない

## 症状 (あてはまる項目にチェックおよび詳細の記入をお願いします)

- 発熱 月 日 \_\_\_\_\_
- 咳 月 日 \_\_\_\_\_ ゼイゼイ、ケンケン、咳こんで吐く
- 鼻水 月 日 \_\_\_\_\_ 粘性、水様、鼻閉
- 下痢 月 日 \_\_\_\_\_ 1日 回程度 (軟便、水様便)
- 嘔吐 月 日 \_\_\_\_\_ 1日 回程度 (黄色、緑、食べ物)
- 発疹 月 日 \_\_\_\_\_
- 痛み 月 日 \_\_\_\_\_
- 他 月 日 \_\_\_\_\_

☆ 他院で薬を処方されている場合は診察室でお薬手帳をお出してください

☆ 証明書希望の方は受付にお申し出下さい(指定用紙は問診票と一緒にお願いします)

☆ 受付前の飲食はお控え下さい