

小児科問診票

フリガナ 名前前			
年齢	歳	ヶ月	男・女
現在の体重	kg	体温	℃
園・学校名			

① 本日はどうされましたか

熱 咳 鼻水 喉の痛み ぜいぜいする 息苦しい
腹痛 下痢(回/日) 便秘() 嘔吐(回/日)
嘔気 花粉症 その他()

② いつからですか

月 日 頃から

③ 感染症の疑いがありますか

いいえ ・ はい (病名:)

④ 最近予防接種は受けられましたか

種類: 接種日: 月 日

⑤ 現在 服用しているお薬はありますか

いいえ ・ はい (薬剤名:)

↳ お薬手帳をお持ちであれば、お渡してください

⑥ アレルギーはありますか

いいえ ・ はい (合わない薬剤名:)

(合わない食品名:)

⑦ 血縁関係で喘息の方はいますか?

いいえ ・ はい (続柄:)

⑧ これまで、重い病気や手術のため入院したことがありますか

いいえ ・ はい (いつ: 病院名:)

(病名:)

⑨ その他 気になる事や医師に伝えたい事がありましたら、ご記入ください。

[]