

# 小児科・問診票

名前 \_\_\_\_\_ 様 体温 \_\_\_\_\_ °C 体重 \_\_\_\_\_ kg・g

園・学校名 \_\_\_\_\_ 学年・クラス \_\_\_\_\_

※未就園の方は「自宅」とご記入ください。変更のない方は未記入で結構です。

1) お子様の様子や症状について、あてはまるものに○をしてください。



・機嫌は? → ( 良い ・ 悪い )

・食欲は? → ( ある ・ ない )

・熱は? → ( ない ・ ある )

( ) 月 ( ) 日 ( ) 時から

その時 ( ) °C

※お熱表をご用意ください。お持ちでない方は受付へ。

※インフルエンザワクチンは?

( 1回接種した・2回接種した・接種していない )

のどの痛み ・ 咳 ・ 痰 ・ 鼻水 ・ 鼻づまり ・ ゼーゼー

吐き気 ・ 嘔吐 ・ 下痢 ・ 便秘 ・ 腹痛 ・ 目やに ・ 頭痛

痛み ( 部位 : \_\_\_\_\_ ) 発疹・湿疹 ( 部位 : \_\_\_\_\_ )



★症状はいつからありますか? ( ) 月 ( ) 日から / 前回の受診から続いている。

・その他、症状についてご自由にお書きください。

2) お薬 ( 剤形 ) の希望は? ( シロップ ・ 粉薬 ・ 錠剤 )

解熱剤の希望は? ( ない ・ ある [ 坐薬 ・ 飲み薬 ] )



3) 他の病院を受診しましたか? ( いいえ ・ はい [ 病院名 \_\_\_\_\_ ] )

※飲んでいるお薬がある方はお薬手帳をご用意ください。

4) その他、希望や相談したいことがあればお書きください。

( 例 : 鼻吸いをしてほしい、登園許可書を書いてほしい、など )

※記入が終わりましたら、受付にご提出ください。ご記入ありがとうございました。

