

はら小児科クリニック 問診票

ふりがな

生年月日 S・H 年 月 日

お名前 (男・女) 年齢 歳 カ月 体重 kg 体温 °C

住所(初診時のみ記載) 〒

電話番号(初診時のみ記載)

今回の症状で初めて受診の方は①から、前回の続きで再診の方は⑤から記載してください。

- ① これまでに薬や食べ物のアレルギーはありますか? ない ある()
② これまでに入院するような病気・大きな病気は? ない ある()
③ 現在の状態と症状

- ・食欲は? ある あまりない ない
- ・水分は? 飲める 少し 飲めない
- ・睡眠は? よく寝ている まあまあ寝ている あまり寝ていない
- ・きげんは? よい まあまあ わるい
- ・次の症状で当てはまるものがあれば、チェックしてください。
 - 発熱 鼻汁(透明・黄色・緑色)
 - 咳(痰がらみ・コンコン・ケンケン) 鼻づまり
 - 咳き込み 喉の痛み
 - 喘鳴(ヒューヒュー・ゼーゼー) おう吐
 - 下痢(軟便・水様便・血便・酸臭) 頭痛
 - 腹痛 ほっしん(ぶつぶつ)
- ・今回の症状の経過(いつからどのような症状があるか)や相談内容をお書きください。

- ・現在、他院で処方されている薬や服用中の薬があればお書きください。
()

- ④ 現在周囲で流行している病気は? ない ある() →次⑥へ

- ⑤ その後の経過(前回の続きで受診の方のみご記入ください)

- ・前回に比べて症状は? よい 少しよい 変わらない 悪くなった
- ・薬は飲めていますか? 飲めている ある程度飲めている 飲めていない
- ・新たに気になる症状や相談があればお書きください。

→次⑥へ

- ⑥ 希望する薬の形は? (シロップ 粉薬 錠剤 どれでもよい)

- ⑦ 今日熱さましはご希望ですか?

- いない いる (坐薬 シロップ 粉薬 錠剤)