

ID _____

問 診 票

小児科

ふりがな
氏名 _____

男

年齢

身長

cm

体温

℃

女

歳

体重

kg

生年月日 H _____ 年 _____ 月 _____ 日

電話番号 _____

住所 _____

緊急連絡先 _____

本日はどのような症状で受診されましたか？ あてはまるところに記入してください

症 状	いつから	状 態		
☐ 発 熱	_____ から 最高 _____℃	食 事	☐ 普段どおり	☐ 普段の () ☐ とれず
☐ 鼻 汁	_____ から	水 分	☐ 普段どおり	☐ 普段の () ☐ とれず
	水っぱな・黄色・青っぱな	尿回数	☐ 普段どおり	☐ 少ない ☐ でない (最終 _____ 時)
☐ せ き	_____ から	睡 眠	☐ 普段どおり	☐ 時々起きる ☐ 眠れず
	コンコン・ゲホゲホ・ケンケン	きげん	☐ 良い	☐ やや悪い ☐ 悪い
☐ 頭 痛	_____ から	お薬の希望		
☐ タ ン	_____ から	☐ 水薬	☐ こな薬	☐ 錠剤
☐ ゼーゼー	_____ から	熱冷ましは ☐ 坐薬	☐ こな薬	☐ 錠剤
	ケンケン・ヒューヒュー・ゼロゼロ	※症状の追加※ ※気になること※		
☐ 嘔 吐	_____ から 1日 _____ 回			
☐ 下 痢	_____ から 1日 _____ 回			
☐ 腹 痛	_____ から			
☐ 発 疹	_____ から			
☐ けいれん	_____ から			

● 集団生活は？ ☐ 無 ☐ 有⇒(施設名 [_____] 保育園・幼稚園・学 校・その他)

● アレルギーといわれたことはありますか？

(_____)

● 御家族・お友達で具合の悪い方、その他まわりで流行している病気がありますか？

☒ 無 ☒ 有⇒((_____)

● 今かかっている医療機関は？

☐ 無

☐ 有⇒(_____)

● 今までに入院したことがありますか？

☐ 無

☐ 有⇒(_____)

● 今飲んでいるおくすりは？

☐ 無

☐ 有⇒(_____)

● 過去1ヶ月以内の入院歴はありますか？

☐ 無

☐ 有⇒

病院名 (_____)

入院期間 (_____

～ _____)

ご協力ありがとうございました

ITO CLINIC

