

# 問診票 (初診以外の方)

年 月 日

お名前 \_\_\_\_\_ (男・女) 年 齢 \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ ヶ月

体 温 \_\_\_\_\_ °C ( \_\_\_\_\_ 時頃) 体 重 \_\_\_\_\_ kg

1. 今回の受診でお子様にみられる症状に○をつけてください。

発熱 せき 鼻水 喘鳴 (ぜいせい) 発疹 (ぶつぶつ)  
げり おう吐 腹痛 頭痛 食欲不振  
その他 ( )

2. その症状はいつから、どんな状態ですか？

.....  
.....  
.....  
.....

※水分はとれていますか？ はい ・ いいえ

※おしっこは最後いついきましたか？ 昨日 ・ 今日 午前 ・ 午後 \_\_\_\_\_ 時頃

※うんちは最後いついきましたか？ 昨日 ・ 今日 午前 ・ 午後 \_\_\_\_\_ 時頃

3. 今までに入院したことがありますか？

ない ・ ある (病名 \_\_\_\_\_ いつ頃 \_\_\_\_\_ )

4. 現在治療中の病気や飲んでいるお薬はありますか？

ない ・ ある ( \_\_\_\_\_ )

5. 食物やお薬のアレルギーはありますか？

ない ・ ある ( \_\_\_\_\_ )

6. 今までにけいれん (ひきつけ) をおこしたことがありますか？

ない ・ ある (今まで何回 \_\_\_\_\_ いつ頃 \_\_\_\_\_ 熱はあった ・ なかった )

7. 何かご希望があればお書きください。

.....

ご協力ありがとうございました。