

# 小児科 問診票

年 月 日

氏名 (男・女)

年齢 歳

体重 Kg

体温 °C (小児科外来にて測定)

1 現在、お困りの症状は何ですか。

- 頭痛    熱    発疹    便秘    鼻づまり    嘔吐( 回)  
 下痢( 回)    咳    鼻汁    その他〔 〕

2 家族で同じような症状の方はいらっしゃいますか。

- いいえ  
 はい⇒  父    母    兄弟    祖父    祖母  
 その他〔 〕

3 その症状はいつからはじまりましたか。

- 今朝    昨日    2～3日前    1週間前    1カ月以上前  
 それ以上〔 〕

4 現在、通園・通学している施設で流行している病気はありますか。

- ない    ある⇒通園・通学している施設名〔 〕  
流行している病気〔 〕

5 現在、他の診療科や病院・医院などで診察を受けていますか。

- いいえ    はい   病院・医院名〔 〕  
◎服用されているお薬がありましたらお薬手帳や内容の分かるものをお見せください。

6 今までに注射や内服薬、食べ物などで、アレルギーや下痢を起こしたことがありますか。

- なし    あり⇒ありと答えられた方は具体的にお書きください。  
〔 〕

7 内服薬を処方する場合、下記の希望はありますか。

- 水薬を希望    粉薬を希望    錠剤を希望

