



小児科問診票



年 月 日

来院時体温 ℃

フリガナ	
お名前	男 女

年齢	歳	ヵ月	SPO ₂	
身長		cm	HR	
体重		kg	BP	

- 本日はどうされましたか？
- | | | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|------------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 発熱 | <input type="checkbox"/> 頭痛 | <input type="checkbox"/> せき | <input type="checkbox"/> 鼻水 | <input type="checkbox"/> 発疹 |
| <input type="checkbox"/> 腹痛 | <input type="checkbox"/> 下痢 | <input type="checkbox"/> 吐いた | <input type="checkbox"/> その他 | |

その症状はいつからですか？
頃から

- 今回の症状でほかの病院を受診しましたか？
いいえ はい（病院名）

- その際処方された薬はありますか？
いいえ はい（薬品名）

- 周囲で流行しているものはありますか？
いいえ はい（インフルエンザ・おたふく・水痘・溶連菌・ロタ・ノロ
その他）

- 定期的に治療又は内服していますか？
いいえ はい（病名）
（内服薬）

- アレルギーはありますか？
- | | |
|---------------------|-----------------------|
| ①薬 | ②食べ物 |
| ない ある(薬品名) | ない ある(アレルゲン) |

- ご希望がありましたらいずれかに○をお願いします
お薬は 粉薬 ・ シロップ ・ 錠剤 を希望します。

- 済んだ予防接種について○をつけてください

<ul style="list-style-type: none"> ・Hib(ヒブ) 1 2 3 追加 ・肺炎球菌 1 2 3 追加 ・四種混合 1 2 3 追加 2種混合 ・三種混合 1 2 3 追加 2種混合 ・ポリオ 1 2 3 追加 ・BCG ・日本脳炎 1 2 追加 2期 	<ul style="list-style-type: none"> ・MR(麻疹風疹混合) 1 2 ・麻疹 1 2 ・風疹 1 2 ・B型肝炎 1 2 3 ・ロタウイルス 1 ・水痘 1 2 ・おたふくかぜ 1 2 ・インフルエンザ(今季) 1 2
---	---

* お薬手帳を持参の方は、お手元にご用意してお待ちください
* 症状により診察の順序が変わる場合がございます。ご理解・ご協力をお願い申し上げます。