問診票《小児科》

平成　　年　　月　　日

ふりがな	生年月日　平成　　年　　月　　日	
氏名	身長　　cm	体重　　kg

※体重は必ず記入してください（薬の量は体重によって決まります）

■本日はどのようなことでいらっしゃいましたか？

□予防接種　　□乳幼児健診
□定期受診　　□検査結果（採血など）
□症状があり診察希望
□前回の続き（　症状に変わりなし ・ よくなっている ・ 悪化している　）

［　＊症状がどのように変化したかをご記入ください。（例：熱は下がったが咳が悪化している。 など）　］

→新しい症状のある方は下記にご記入ください。

■診察の方はいつからどのような症状がありますか？

□発熱　＿＿月＿＿日＿＿℃　　□咳　＿＿日前より　□痰　＿＿日前より
　　＿＿月＿＿日＿＿℃　　□鼻水　＿＿日前より
　　＿＿月＿＿日＿＿℃　　□喘鳴（ゼーゼー）　＿＿日前より
□頭痛　＿＿日前より　　□のどの痛み　＿＿日前より
□腹痛　＿＿日前より　　□嘔気　＿＿日前より
□下痢　＿＿日前より　　□嘔吐　＿＿日前より
□便秘　＿＿日前より　　□発疹　＿＿日前より
□耳の下の腫れや痛み　＿＿日前より
□その他の症状および心配なことなど
（　　）
→上記症状について、他院を受診しましたか？　いいえ ・ はい（病院名：　　）
→上記症状について、薬を服用または使用しましたか？　いいえ ・ はい　※市販薬も含みます
（お薬の名前：　　）
＊たくさんある方はお薬手帳などを問診票と一緒にお出しください。

■水分はとれていますか？　はい ・ いいえ
■食欲はありますか？　はい ・ いいえ
■夜は眠れていますか？　はい ・ いいえ

ご記入ありがとうございました。
ご予約の方優先となっておりますのでご予約をいただいていない方は待ち時間が長くなることがございます。
また、診察の内容によってお呼び出しの順番が前後することもございますのでご了承ください。