

ID

小児科用問診票

ふりがな

氏名 _____ 男・女 生年月日 年 月 日

住所 〒 _____

電話番号 _____

体重 Kg

集団生活 未・() 保育園・幼稚園・小学校

本日はどのようなことで来院されましたか？

- 熱 (月 日 時に °C)
- 鼻水 (月 日 から)
- 咳 (月 日 から)
- 呼吸が苦しそう (月 日 から)
(どんな? ゼーゼーする ・ 鼻がつまる ・ いびきをかく)
- 腹痛 (月 日 から)
- 嘔吐 (月 日 から)
- 下痢 (月 日 から)
- 頭痛 (月 日 から)
- 発疹 (月 日 から 部位 _____)
- 耳下の腫れ・痛み (月 日)
- その他 ()

◆現在使用している薬が (ある・ない) *お薬手帳を受付に出してください

◆今回の症状で他院に受診 (した・していない)

◆まわりに同じ症状の人が (いる・いない・わからない)

◆アレルギーはありますか? (ある_____・ない)

◆けいれんしたことはありますか (ある_____歳 ケ月の時 ・ない)