



問診票



初診用

令和 年 月 日

(ふりがな)
おなまえ： _____ 生年月日：平成・令和 年 月 日 (才 ヶ月)

体重： _____ kg 身長： _____ cm 体温： _____ °C 男・女

住所：〒 _____ 自宅TEL： _____

●記入者：母親・父親・祖父母・その他 (_____) 保護者携帯： _____

●母子手帳はお持ちですか？ あり なし

●本日はどうされましたか？ 該当するものにをしてください

発熱 _____月_____日~ _____°C → 解熱剤使用 あり(最終使用時刻 _____)・なし

鼻水 _____月_____日~ 咳 _____月_____日~ (痰がらみ・から咳・ゼイゼイ)

嘔吐 _____月_____日~ 1日 _____回くらい 下痢 _____月_____日~ 1日 _____回くらい

腹痛 _____月_____日~ 発疹(ぶつぶつ) _____月_____日_____時頃~ 部位 _____

その他 _____

- 水分摂取(普段通り・やや少ない・少ない) ●食欲・ミルク摂取(普段通り・やや少ない・少ない)
- 睡眠(普段通り・やや浅い・眠れない) ●機嫌・元気(普段通り・少し悪い・悪い)
- おしっこ(多い・普段通り・少ない)

●ご家族や周囲(学校や保育園など)で、はやっている病気はありますか？

なし あり → 病名 _____ (場所： _____)

●現在使っているお薬はありますか？

なし あり → お薬手帳を添えるか、お薬の名前をご記入ください

※1日の希望内服回数 3回 2回 希望無し

(お薬の種類によってはご希望に添えられない場合があります)

●希望するお薬の剤形(複数選択可)

粉薬 水薬 錠剤またはカプセル 坐薬

●解熱剤が処方される場合

粉薬を希望 坐薬を希望 錠剤を希望

●アレルギーについて

なし 不明

あり → 食物 _____ 薬剤 _____ その他 _____

●今までにかかったことがある病気を記入してください

特になし 突発性発疹 けいれん ぜんそく その他 (_____)

ご記入ありがとうございました。



おおくぼこどもクリニック

Ver.1.0