

# 小児用問診票

日付:

①
②

おわかりになるだけで結構ですのでご記入ください。 お手数ですが、ご記入後、受付までご提出下さい。

★ひらがなで記入して下さい。		生年月日	平成・令和		
なまえ	(男・女)		年	月	日生
体重	kg	体温	℃	(歳 カ月)	

1. 飲めない薬の形状はありますか。(錠剤・粉薬・シロップ・漢方薬)

2. 本日はどのような症状で来院されましたか?

花粉症 → 別紙への記入をお願いします。

発熱 月 日 AM・PM 時頃 から 最高 解熱剤の希望(粉薬・坐薬・錠剤・不要)

頭痛 月 日 AM・PM 時頃 から

のど痛 月 日 AM・PM 時頃 から

鼻水 月 日 AM・PM 時頃 から (透明・黄色)(多・中量・少)

咳 月 日 AM・PM 時頃 から (痰がらみ・※息苦しい) ※喘鳴(ゼーゼー)

※嘔吐 月 日 AM・PM 時頃 から (1日 回 くらい)

下痢 月 日 AM・PM 時頃 から (1日 回 くらい/黄色・白色・血便・水様・泥状)

腹痛 月 日 AM・PM 時頃 から

発疹・痒み 月 日 AM・PM 時頃 から 皮膚・痛みの方は○をつけてください

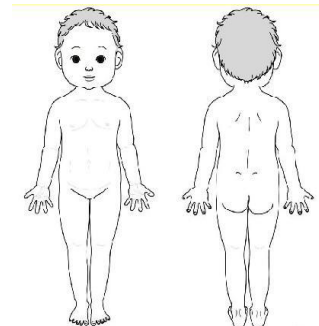
その他

( )

※意識状態が悪い

※手足が動かない

※ケガ



3. 思い当たる原因は、ありますか?

1ヶ月以内に海外渡航歴のある方、家族・周囲で同じ症状のある方はご記入ください。

( )

4. 現在の状態

食欲 (ある・いつもの半分程度・ない) 元気 (ある・まあまあ・元気がない・ぐったりして反応がない)

水分 (飲める・少し飲める・全く飲めない) おしっこ (出る・少ない・ほとんど出ない)

5. 現在、他院にて診察を受けたり、治療中の病気はありますか。(はい・いいえ)

はいの方は(病名 )

飲んでいるお薬はありますか(薬品名 )  
お薬手帳がある方は受付へお持ちくだされば結構です。

6. 最終受診日から保険証・住所の変更はありましたか。(いいえ・はい)

7. 検査のご希望やご質問、ご不明な点・薬のアレルギーなどがあればお書き下さい。

( )

ご協力ありがとうございました。順番が来ましたらお呼びしますので、お待ちください。  
ご記載の内容は診療目的でのみ利用させていただきます。

溝口ファミリークリニック

※前回から住所等の変更がある場合はお声かけください