

小児問診票

年 月 日

ふりがな

氏名 _____ 生年月日 _____ 年 月 日 (才) 男・女
〒

住所 _____

TEL(携帯) _____ (自宅) _____

体温 _____ °C 身長 _____ cm 体重 _____ kg※必ずご記入ください

* 本日はどうされましたか。

* 最近の食欲や便通、機嫌についてご記入ください。

食欲【 旺盛 ・ 普通 ・ 低下 】

便通【 (頻度) 1日 _____ 回 または _____ 日おき】

機嫌【 良好 ・ 普通 ・ 悪い 】

* 今までかかったことのある病気について、下記にあれば□をチェックしてください。

麻疹(はしか) 風疹(三日ばしか) 流行性耳下腺炎(おたふく風邪) 水痘(水ぼうそう)百日咳 中耳炎 心臓病 川崎病 腎臓病 けいれん疾患アレルギー疾患(_____) その他(_____)

* 今までに薬や注射で副作用が起きたことはありますか。【 ある ・ ない 】

「ある」の場合【 症状 _____ 薬剤名 _____ 時期 _____ 頃】

* お子さんの服用できる薬の種類はどれですか。

錠剤 粉薬 シロップ

* 現在、当院の処方以外で服用している薬はありますか。【 ある ・ ない 】

・お薬手帳: ある ・ ない

・お薬手帳が「ない」で服用中の方【薬剤名 _____】

* その他、医師に伝えておきたい事がありましたらご記入ください。