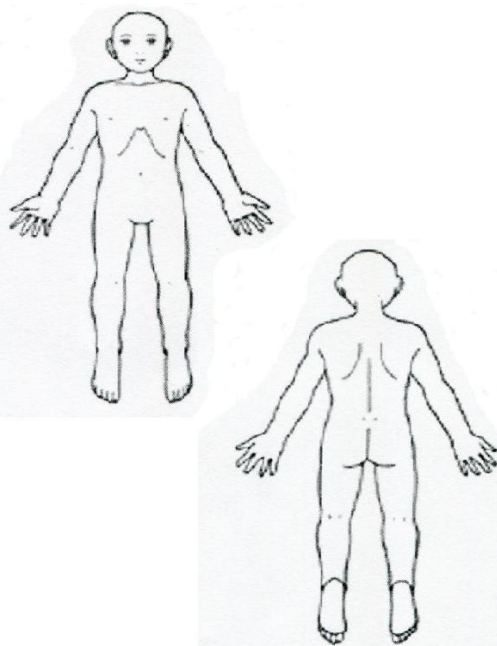




初 診 問 診 票（小児用）

フリガナ			生年月日	H・R 年 月 日	
お氏名				歳	男・女
ご住所	〒	携帯番号 保護者電話番号 自宅電話番号 ご家族電話番号		()	
				()	
				()	
				()	
現在体温	℃	体重	Kg	身長	cm

本日はどうされましたか？（該当する項目に□チェックをつけてください）			具合が悪い部位に○をつけてください
症 状	いつごろから	性 状	
□発 熱	() 日前から ℃	□ずっと□時々下がる	
□頭 痛	() 日前から	□ズキズキ□ズーン	
□のどの痛み	() 日前から	□少し□とても	
□鼻 水	() 日前から	□水様性□白色□黄色□緑	
□た ん	() 日前から	□水様性□白色□黄色□緑	
□咳	() 日前から	□コンコン□ケンケン□ゲホゲホ	
□ゼーゼー	() 日前から	□ヒューヒュー□ゼロゼロ	
□息苦しい	() 日前から	□歩行時□ずっと□ときどき	
□胸 痛	() 日前から	□ときどき□ずっと	
□動 悸	() 日前から	□ときどき□ずっと	
□腹 痛	() 日前から	□ときどき□ずっと	
□嘔 吐	() 日前から	□白色□黄色□緑色□コーヒー様□血性	
□下 痢	() 日前から	□水様性□軟便□白色□茶色	
□下 血	() 日前から	□さらさら□黒色便□イチゴゼリー状	
□発 疹	() 日前から	□全身□手□足□くち□水泡	
□けいれん	() 日前から	□意識がなくなる□全身□一部分	
□外 傷	() 日前から	□やけど□打撲□切り傷	

現在の状態（該当する項目に□チェックをつけてください）		
食 事	□普通 □少ない □多い □食べれない	■今まで受けた予防接種は □麻疹 □麻疹風疹 □おたふく □生ポリオ □水痘 □不活性ポリオ □BCG □肺炎球菌 □日本脳炎 □ヒブ □4種混合 □B型肝炎
水 分	□普通 □少ない □多い □摂れない	
尿回数	□普通 □少ない □多い □でない	
睡 眠	□普通 □時々起きる □眠れない □夜泣きが多い	
きげん	□普通 □やや悪い □悪い	
■お薬や食事でアレルギー反応が出たことは？ □ない □ある 薬剤名() 食品名()		■ペットを飼っていますか？ □犬 □猫 □鳥 ・その他()
■手術をされたことは？ □ない □ある いつ頃(年 月) 病名()		■周囲に同様の症状の方はいますか？ □父 □母 □兄弟 その他()
■現在治療中の病気や過去に治療した病気は？ □ない □喘息 □アレルギー性鼻炎 □アトピー性皮膚炎 □痙攣 □その他()		
■内服中のお薬は？ □ない □ある		
お薬手帳をお持ちの方は受付にご提示ください。手帳がない場合はわかる範囲でご記入ください。		
薬剤名()		
■希望する薬の剤形		□シロップ □粉薬 □吸入薬