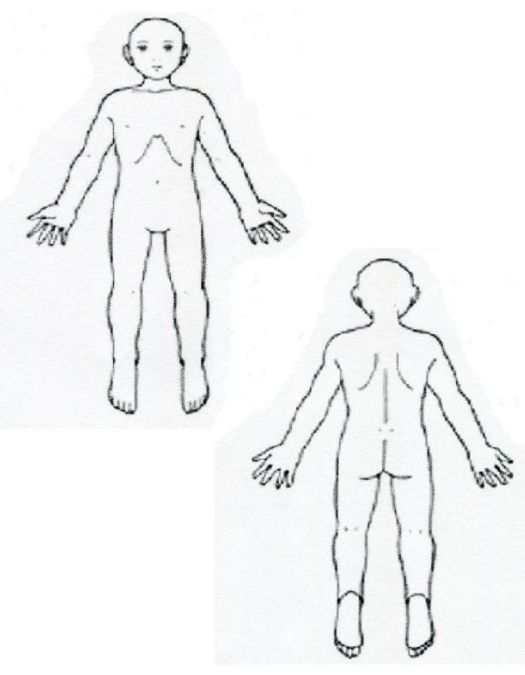


初 診 問 診 票（小児用）

フリガナ			生年月日	H・R	年	月	日
お氏名			年齢・性別	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	■いままで受けた予防接種は
水 分	□普通 □少ない □多い □摂れない	□麻疹 □水痘 □不活性ポリオ
尿回数	□普通 □少ない □多い □でない	□BCG □肺炎球菌 □日本脳炎
睡 眠	□普通 □時々起きる □眠れない □夜泣きが多い	□ヒブ □4種混合 □B型肝炎
きげん	□普通 □やや悪い □悪い	■ペットを飼っていますか？
■お薬や食事でアレルギー反応が出たことは？		□犬 □猫 □鳥 ・その他()
□ない □ある 薬剤名() 食品名()		■周囲に同様の症状の方はいますか？
■手術をされたことは？		□父 □母 □兄弟 その他()
□ない □ある いつ頃(年 月) 病名()		
■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	