

問診票（小児科）

※必ずフリガナをご記入ください。

フリガナ				
お名前	男女	生年月日 年齢	平・令 年 月 日	(歳 か月)
通園・通学 施設名	() 保育園・幼稚園・こども園・小学校・中学校・なし			

※ 住所・電話番号は新規の方、変更のある方はご記入ください。

住所	〒	体 重	Kg
電話番号	(自宅)	(携帯)	
今日の体温	℃ ※ 解熱剤(熱さまし)の使用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→(時 分)使用		

最も困っている症状にチェックと○をお願いいたします。

- 発熱
- 呼吸器症状 (咳 ・ 鼻水 ・ のどの痛み など)
- 消化器症状 (嘔吐 ・ 下痢 ・ 腹痛 など)
- 発疹 (ブツブツ) (部位 :)
- その他 ()

どの形状のお薬が飲めますか？

- シロップ 粉薬 錠剤またはカプセル どの形状でもいい
- (1日2回の処方を希望 ⇒ 要相談となります) ※ご希望に添えない場合もあります。ご了承ください

解熱剤(熱さまし)は必要ですか？

- いない いる → 座薬 シロップ 粉薬 錠剤 どの形状でもいい

けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか？

- なし あり → 最後にけいれんを起こしたのはいつ頃ですか？ (頃)

現在、他の病院に通院されていますか？

- いいえ はい(病名:)

他に飲んでいるお薬はありますか？

- なし あり → ※お薬手帳を見せてください。

アレルギーはありますか？

- なし あり → 薬 ()
- 食べ物 ()
- 花粉症 ()

周囲で流行している病気はありますか？

- インフルエンザ ノロウイルス RSウイルス 溶連菌感染症 りんご病 プール熱
- 手足口病 ヘルパンギーナ おたふく 水ぼうそう その他 ()

ご記入ありがとうございました

上尾なかよしクリニック