

こども用問診票

ふりがな	
お名前	(男・女)
生年月日	平成 年 月 日 (歳 ヲ月)

身長	cm
体重	kg
体温	℃

◎本日一番ご相談になりたいことをご記入下さい。

◎本日はどのような症状で来院されましたか？ 下記の項目にご記入をお願いします。

□にチェックをお願いします。	いつから症状があるか教えて下さい。当てはまるものに○して下さい。
□発熱	月 日 時から ℃
□耳の症状 (右・左・両)	日前から
	痛い・耳だれ・聞こえが悪い・耳鳴り・耳あか・耳がふさがる
□鼻の症状 (右・左・両)	日前から
	鼻づまり・鼻水 (透明・白・黄緑)・くしゃみ・鼻血
□のどの症状	日前から
	痛い・飲み込むとき痛みが強くなる・声のかすれ
□咳・痰	日前から
	痰 (あり・なし)・ゼイゼイする・咳で眠れない
□嘔吐	月 日 時から 回
□下痢	月 日 時から 回
□腹痛	月 日 時から
□発疹 (全身・頭・体・手・足)	日前から
□首または耳の下の腫れ (右・左・両)	日前から
□いびき	日前から
□その他の症状あればご記入をお願いします。	

◎現在の様子に○をつけて下さい。

水分はとれますか？	とれる ・ とれない
食欲はありますか？	ある ・ ない
おしっこはできますか？	出る ・ 出ない

◎現在、他院で処方されている薬があれば、お薬手帳をお出し頂くか、ご記入下さい。

◎薬の処方について、ご希望するものに○をつけてください。

粉 ・ シロップ ・ 錠剤 ・ 坐薬
1日2回 ・ 1日3回 ・ どちらでもよい

◎周囲で流行っている病気はありますか？

<input type="checkbox"/> インフルエンザ	<input type="checkbox"/> マイコプラズマ
<input type="checkbox"/> みずぼうそう	<input type="checkbox"/> 胃腸炎 (ノロ・ロタ・その他)
<input type="checkbox"/> おたふくかぜ	<input type="checkbox"/> RSウイルス
<input type="checkbox"/> 溶連菌	<input type="checkbox"/> その他()
<input type="checkbox"/> アデノウイルス・プール熱・流行り目	