

年 月 日

問診票(小児科)

やまだ内科クリニック

| | | | | | | |
|------|----|-----|----------------|-------|--------|----|
| ふりがな | | 性別 | 生年月日 | | | 学年 |
| 名前 | 様 | 男・女 | 大正・昭和 平成・令和 | 年 月 日 | 年齢(歳) | |
| 住所 | 〒 | | | 電 話 | (自宅) | |
| | | | | | (携帯) | |
| 身長 | cm | 体重 | kg | 体温 | 度 | |

| 問診 | ご記入欄 |
|--|---|
| 今日はどうされましたか？ (複数回答可) | <input type="checkbox"/> 発熱 月 日頃から <input type="checkbox"/> 腹痛 月 日頃から <input type="checkbox"/> 咳 月 日頃から <input type="checkbox"/> 嘔吐 月 日頃から <input type="checkbox"/> ぜーぜー 月 日頃から <input type="checkbox"/> 下痢 月 日頃から <input type="checkbox"/> 鼻水 月 日頃から <input type="checkbox"/> 頭痛 月 日頃から <input type="checkbox"/> 学校健診で受診を勧められた <input type="checkbox"/> その他 () |
| 食事はとれてますか？ | <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> いつもより少ない <input type="checkbox"/> 食べれない |
| 水分はとれてますか？ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> いいえ |
| 便の回数は？ | <input type="checkbox"/> (回/日) <input type="checkbox"/> 便秘 |
| 今飲んでいる薬はありますか？ | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 薬 () ※お薬手帳をお持ちの方は受付にご提示ください |
| 今までにかかった病気や 入院をしたことはありますか？ | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり病名 () 年齢 (歳) |
| アレルギーはありますか？ | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 薬品名 () <input type="checkbox"/> 食べ物 () <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 鼻炎 <input type="checkbox"/> 花粉症 <input type="checkbox"/> その他 () |
| 4週間以内に予防接種を 受けましたか？ | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (月 日予防接種名) |
| お薬の形、希望はありますか？ | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 粉末 <input type="checkbox"/> 錠剤 <input type="checkbox"/> シロップ |
| 上記のこと以外で心配な事 医師に相談したいことが あれば自由にご記入ください | |