

# やまもとクリニック小児問診票

受診日 年 月 日



(ふりがな)

お名前

体重

kg

お熱を測ってきた場合はご記入ください→ 時頃 °C

当てはまるものに○をつけてください (⑥までは全ての方がご記入ください)

## ① 2週間以内に他院を受診されていますか？

・いいえ ・はい

## ② 症状は？

・発熱 ・咳 ・鼻水 ・喘息発作 ・痙攣 ( 回または 分間)  
・腹痛 ・嘔吐 ( 回/日) ・下痢 ( 回/日)  
・頭痛 ・ ( ) が痛い  
・発疹がある  
・その他 ( )

## ③ ②の症状はいつからですか？

・今朝から ・昼から ・夜から ・寝てから  
・今日 ・昨日 ・一昨日 ・ ( ) 日前  
・その他 (具体的に )

## ④ 症状はどう変化していますか？

・強くなっている ・弱くなっている ・変わらない

## ⑤ 出生児の異常なども含め既往歴あるいは入院歴はありますか？

・いいえ ・はい →内容は ( )

## ⑥ 薬や食べ物のアレルギーはありますか？

・いいえ ・はい →内容は ( )

## ⑦ 内服薬の剤形希望はどれですか？ (可能な範囲で対応させていただきます)

・粉 (ドライシロップ) ・錠剤 (カプセル) ・シロップ

## ⑧ 周囲で流行している病気はありますか？

・いいえ ・はい →内容は ( )

## ⑨ 現在治療中の病気はありますか？

・いいえ ・はい →内容は ( )

## ⑩ 現在、他院からの薬の処方がありますか？

・いいえ ・はい →内容は ( )



処方を受けた病院 (

) 小児科・耳鼻科・内科小児科・病院

