

やまもとクリニック小児問診票



(ふりがな)

受診日 年 月 日

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 ℃

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はありますか？

- ・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