

受付番号	予約時間
------	------

# 小児問診表

日付 年 月 日

下記の質問にご記入をお願いいたします。記入および測定にお困りの方は看護師までお申し出下さい。

\* 付き添いの方の代筆でも結構です。 \* 発疹や耳の下の腫れがある方はお申し出下さい。

氏名: \_\_\_\_\_ 年齢: 歳 ヶ月 性別: 男・女

来院時の体温: \_\_\_\_\_ °C 本日の体重: \_\_\_\_\_ kg 1才未満のお子様は、おむつをはずして裸の体重を計って下さい。 身長 \_\_\_\_\_ cm  
半年に1回は測定して下さい。

\* 紹介状はお持ちですか はい・いいえ

\* 診断書・紹介状の作成希望はありますか はい・いいえ

(別途文書料金がかかります)

## 初診・再診の方へ

1. 今日の症状、受診目的を教えてください。

- 発熱 咽頭(のど)痛 せき 嘔吐・嘔気 頭痛 腹痛 下痢 鼻汁  
検査結果を聞きにきた 治癒証明希望 保育所入所健診 その他 ( )

2. 発熱のある方はいつからですか。 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ °C  
\_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ °C  
\_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ °C

3. いつ頃からどのような症状でお困りですか。  
いつから: 年 月 日 時 頃から

4. 食事や水分は取れていますか。 はい・いいえ

5. 現在、何か薬を飲んでいますか。 はい・いいえ  
「はい」の方・・・わかれば薬の名前 ( )

6. 今までに薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか。 はい・いいえ  
「はい」の方・・・わかれば薬・食べ物の名前 ( )

7. その他、気になることや聞きたいことがある方は  
ご記入お願いいたします。

## 予約の方へ

症状に変化はありましたか。

- 前回とかわらない 良くなっている 悪くなっている (詳しく症状をお書き下さい)

ご協力ありがとうございました。順番がきましたらお呼びいたしますのでもう少しお待ち下さい。  
この問診票は診療記録として保管させていただきます。(スキャナー項目:問診表にスキャナー保存)