

## 小児科問診票

氏名 \_\_\_\_\_ 歳 体温 \_\_\_\_\_ °C 体重 \_\_\_\_\_ kg

① どちらの学校・保育所へ通っておられますか？ ( )

② 通っている学校・保育所で感染症の流行はありますか？

はい( )・いいえ

③ かかりつけの病院はありますか？(病院名 )

④ お薬や食べ物でアレルギーはありますか？

はい(食品名・薬品名 )・いいえ・不明

⑤ 本日はどうなさいましたか？(具体的にお書き下さい)

発熱 有・無 ( \_\_\_\_\_ °C) \_\_\_\_\_ いつ頃から( )

咳 有・無 (湿性・乾性・喘鳴) いつ頃から( )

(軽度・ひどい・夜間睡眠とれない・咳き込み嘔吐ある)

鼻水 有・無 \_\_\_\_\_ いつ頃から( )

咽頭痛 \_\_\_\_\_ 頭痛 \_\_\_\_\_ いつ頃から( )

発疹 有・無 (部位 \_\_\_\_\_) いつ頃から( )

下痢 有・無 (1日 \_\_\_\_\_ 回程度) いつ頃から( )

嘔吐 有・無 (1日 \_\_\_\_\_ 回程度) いつ頃から( )

その他の症状

( )

⑥ 今の症状でどこか別の病院を受診されていますか？

はい(病院名 )・いいえ

⑦ 食欲はありますか？ はい・いいえ / 水分摂取 可・不可

⑧ 家族で体調不良ある方はいらっしゃいますか？ はい・いいえ