

## 問 診 票 (小児用)

記入日 令和 年 月 日

ふりがな						
氏 名						
生年月日	( 昭和 ・ 平成 ・ 令和 )		年	月	日生	
年 齢	歳	ヵ月	体重	kg	体温	℃
住 所	〒					
電話番号						

1. お体の具合を教えてください。

・いつから? どのように悪いですか?

・現在の状態と症状

・食欲は? ある ない ・水分は 飲める 少し 飲めない・睡眠は? よく寝れる まあまあ寝れている あまり寝れていない・きげんは? よい まあまあ わるい

・次の症状であてはまるものがありますか?

発熱 鼻水 (透明・黄色・緑色) 咳 (痰がらみ・コンコン・ケンケン)咳き込み 鼻づまり 喉の痛み 喘息 (ヒューヒュー・ゼーゼー)おう吐 下痢 (軟便・水様便・血便・酸臭) 頭痛 腹痛 発疹 (ぶつぶつ)・この症状で他の病院や医院にかかっておられましたか? はい いいえ

・現在、他院で処方や服用されている薬があればお書きください。

処方薬

2. 今までに、かかった病気があれば○で囲み、何歳のときかをお書きください。

突発性発疹 ( 才) はしか ( 才) 風疹 ( 才) 水痘 ( 才)熱性けいれん・てんかん ( 才) おたふくかぜ ( 才) 自家中毒 ( 才)喘息性気管支炎 ( 才) 喘息 ( 才) アトピー性皮膚炎 ( 才)

他の病気やケガの既往

3. 家族やお近くのかたがかかっている、流行っている病気があればお書きください。

インフルエンザ 手足口病 ヘルパンギーナ リンゴ病 おたふくかぜ水痘 風疹 麻疹 百日咳 プール熱 溶連菌感染症 その他 ( )4. 今までに薬や食べ物でアレルギー反応 (発疹など) はありますか? はい いいえ

薬品・食品など

5. 医師に伝えたいこと、特に、診察してほしいことがあればお書き下さい。



石塚ファミリークリニック

〒663-8126 西宮市小松北町 1 丁目エムブラン小松 1F  
TEL 0798-44-3315 FAX 0798-44-3316