

# お子様の問診票

ふりがな 氏名		男	生年月日	年齢  歳 月
		女	年 月 日	
住所	〒			電話 携帯
保育園・幼稚園・学校名				電話

来院時 の体温	℃	最近の 体重	kg
------------	---	-----------	----

1. 今回どのようなことで来院されましたか？

- 発熱 せき たん 鼻水 のどの痛み 下痢 嘔吐 腹痛 頭痛 発疹  
その他 ( )

2. その症状はいつからですか？ ( )

3. 水分摂取： 良好 (いつも通り) 少なめ ほとんどとれていない

食欲： あり (いつも通り) あまりない 全くない

睡眠： 良好 (いつも通り) あまり眠れない ほとんど眠れない

4. 今までに大きな病気 (入院を必要とするような) にかかりましたか？

- なし あり (具体的に： )

6. アレルギー (食品, 薬, 予防接種など) はありますか？

- なし あり (具体的に： )

7. 現在, 服用している薬はありますか？

- なし あり (具体的に： )

8. 何か伝えたいことがありましたら以下余白にお書きください。

