

年 月 日

問診票(小児科)

やまだ内科クリニック

ふりがな		性別	生年月日			学年
名前	様	男・女	大正・昭和 平成・令和	年 月 日	年齢(歳)	
住所	〒			電 話	(自宅) (携帯)	
身長	cm	体重	kg	体温	度	

問診	ご記入欄
今日はどうされましたか？ (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 発熱 月 日頃から <input type="checkbox"/> 腹痛 月 日頃から <input type="checkbox"/> 咳 月 日頃から <input type="checkbox"/> 嘔吐 月 日頃から <input type="checkbox"/> ぜーぜー 月 日頃から <input type="checkbox"/> 下痢 月 日頃から <input type="checkbox"/> 鼻水 月 日頃から <input type="checkbox"/> 頭痛 月 日頃から <input type="checkbox"/> 学校健診で受診を勧められた <input type="checkbox"/> その他 ()
食事はとれていますか？	<input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> いつもより少ない <input type="checkbox"/> 食べれない
水分はとれていますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> いいえ
便の回数は？	<input type="checkbox"/> (回/日) <input type="checkbox"/> 便秘
今飲んでいる薬はありますか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 薬 () ※お薬手帳をお持ちの方は受付にご提示ください
今までにかかった病気や入院をしたことはありますか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり病名 () 年齢 (歳)
アレルギーはありますか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 薬品名 () <input type="checkbox"/> 食べ物 () <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 鼻炎 <input type="checkbox"/> 花粉症 <input type="checkbox"/> その他 ()
4週間以内に予防接種を受けましたか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (月 日) 予防接種名 ()
お薬の形、希望はありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 粉末 <input type="checkbox"/> 錠剤 <input type="checkbox"/> シロップ
上記のこと以外で心配な事 医師に相談したいことが あれば自由にご記入ください	