

処置

点滴

吸入

検査

採血

尿

心電図

レントゲン

マイコ()

溶連菌()

RS()

アデノ()

インフルエンザ A() / B()

受診日 年 月 日

小児問診票

お名前	ふりがな
	男・女 (歳)

体温 _____ 度

体重 _____ Kg

* 初めての方のご記入下さい
住所 (〒 -) 電話番号 (- -)

① 今日はどうなさいましたか？（あてはまる症状に○をつけてください。）

※ 熱のある人(37.5度以上)、発疹のある人は受付へ申し出てください。

- ・熱
- ・鼻水がでる（色：透明・黄色）
- ・吐いた（1日 回）
- ・その他（)
- ・のどが痛い
- ・咳がでる（日中・夜間・眠れない）
- ・下痢（1日 回）

② いつからですか？

- ・今日から
- ・昨日から
- ・一昨日から
- ・() 日前から
- ・その他 () から

③ あてはまるものに○をつけてください

- ・元気（いつもと同じ・いつもよりない・だるそう・泣きが弱い）
- ・食事（いつもと同じ・いつもの半分・かなり少ない・全く取れない）
- ・尿の回数（いつもと同じ・ちょっと少ない・かなり少ない）
- ・アレルギー（ない・ある →)
- ・現在飲まれているお薬はありますか？（ない・ある → お薬手帳をご提示ください）
- ・今までに大きな病気にかかったことはありますか？（ない・ある →)
- ・他に何かご相談はありますか？ ()

④ 処方についてのご希望

- ・飲み薬（錠剤・粉・シロップ）
- * 保育所・幼稚園の方は選択してください→希望内服回数 1日2回・1日3回
- ・解熱剤を希望（しない・する・・・座薬・錠剤・シロップ）

ご記入ありがとうございました



