

問 診 票

年 月 日

保険証との確認事項もございますが、答えられる範囲でご記入ください。

フリガナ お名前	性別 男・女	身長 cm	体重 kg	体温 ℃
ご住所 〒	生年月日 S・H・R 年 月 日 (歳 ヶ月)			
	電話番号			

1. 今日はどうされましたか？体のどこが具合悪いですか？
 発熱 ・ 咳 ・ 鼻水 ・ 下痢 ・ 嘔吐 ・ 便秘 ・ 腹痛 ・ 頭痛
 発疹 ・ 腫れ(部位:)
 その他症状 ()
2. その症状はいつからですか？
()
3. 同じ症状の方がまわりにいますか？
 いいえ ・ はい → (お子様とどのようなご関係ですか？→)
4. 兄弟構成は？
 兄: 人 ・ 姉: 人 ・ 弟: 人 ・ 妹: 人
5. 食事は摂取できていますか？
 できている ・ まずまずできている ・ できていない
6. 水分は摂取できていますか？
 できている ・ まずまずできている ・ できていない
7. 現在服用している薬はありますか？ (ない ・ ある→薬名:)
8. 今までにけいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか？ (ない ・ ある)
 →()歳時、今回 ()回目
9. 今までに定期的な通院や大きな病気にかかれたことがありますか？ (ない ・ ある)
 →病名()
10. アレルギーはありますか？ (ない ・ ある)
 食品 ()
 薬物 ()
11. 今まで受けた予防接種を教えてください。
 BCG ・ B型肝炎 ・ 四種混合 ・ ヒブ ・ 肺炎球菌 ・ MR
 水痘 ・ おたふくかぜ ・ インフルエンザ ・ 日本脳炎
12. 薬が処方される場合は薬の形状を希望されますか？
 散薬 ・ 水薬 ・ 錠剤 ・ 漢方 ・ 何でも可
13. 熱さましは必要ですか？ いる ・ いない
 いる場合→ 坐薬 ・ シロップ ・ 粉薬 ・ 錠剤
14. その他何かお伝えしたいことがあればご記入ください
()

これより下記は看護師が記入いたします

体温: _____℃ 脈拍: _____回/分 SP02: _____% 血圧: _____/_____
 呼吸数: _____回