



問診票



梶山小児科・アレルギー科

おなまえ (かなで)		さん 男 女		通園先	
おとし		歳	ヶ月	西暦	年 月 日生
住所 (初回・変更時) 〒		-		体重 (中学生まで)	k g
TEL (初回・変更時) 自宅:		携帯 (父)		(母)	
小児かかりつけ診療料について。6歳未満の方のみ、下のどれかに☑を入れてください <input type="checkbox"/> 当院で登録済 <input type="checkbox"/> 説明を聞きたい <input type="checkbox"/> 他院で登録済 <input type="checkbox"/> 考えていない					

本日はどうされましたか？ あてはまる☐に☑を入れて、詳細をお書きください

2020.9.5 更新

- 発熱(いつから 月 日 AM/PM 時頃～ °C) 今日(今朝)の体温 _____ °C
→解熱剤使用(なし あり:最後に使用した時間 AM/PM 時頃)
- はな(いつから 月 日～) 量(多い、普通、少ない)
→さらさら、ねばねば、透明、白色、黄色、緑色、鼻づまり、その他()
- 咳 (いつから 月 日～) 状態(ひどい、ふつう、軽い)
→痰がらみ、から咳、ゼーゼー、ケンケン、その他()
- 痛み(いつから 月 日～)
→あたま、耳、のど、おなか、その他()
- 嘔吐(いつから 月 日～)
→回数(1日 回くらい) (最後に吐いた時間 AM/PM 時頃)
- 吐き気(いつから 月 日～)
- 下痢(いつから 月 日～)
→回数(1日 回くらい)
→かたち(水様、泥状、軟)、色(黄茶色、白色、血が混ざる、その他)
- 便秘(最終排便 月 日) 普段の排便(日に1回)
- 発疹・湿疹(いつから 月 日～) 部位(顔、手、足、からだ、口の中、その他)
- その他(インフルエンザ様症状・インフル検査希望・鼻すい希望・アレルギー相談・気になること等を記入)

今の状態はどうですか？

- ◎水分摂取(10割、7-8割、5割、2-3割、0割) ◎食事摂取(10割、7-8割、5割、2-3割、0割)
- ◎睡眠(いつもどおり、時々起きる、眠れない)
- ◎機嫌(いつもどおり、少し悪い、悪い) ◎元気(いつもどおり、少しない、ない)
- ◎ご家族や近所・通園・登校先で体調を崩している方はいますか()

他の医院などでもらっているお薬はありますか？

- なし あり→(他院の薬、市販薬)→薬の名前()
- 希望のお薬の種類 (粉 シロップ 錠剤 坐薬) <希望を○、できたら避けたいものを×>

お薬・食べ物などのアレルギーはありますか？

- なし あり→()