


問診票


新所沢クローバー小児科

フリガナ		
お名前	男	
ご住所	〒	
電話番号	()	

来院時体温

_____ °C

生年月日	H · R	年	月	日
		(歳) カ月)
身長	cm	/	体重	kg

該当するものに○または記入をしてください。

- ・ 本日はどうされましたか？

発熱(いつから 頃／ °C) けいれんの既往(有 · 無)
 せき 痰 鼻水 頭痛 咽頭痛
 腹痛 嘔吐(回数 回) 下痢(回数 回 / 性状: 泥状 · 水様 · その他)
 皮膚症状(湿疹 · 乾燥 · 赤み · ひつかき傷 · 発疹 · その他 / 部位:)
 食欲(有 · 無) その他の症状 _____

それはいつ頃からですか？

- ・ 周囲で流行している感染症はありますか？ はいと回答された方は○を付けてください。

いいえ はい (コロナ・インフルエンザ・アデノ・胃腸炎・溶連菌・手足口病)
 その他 _____

- ・ 今回の症状でほかの病院を受診しましたか？

いいえ はい (病院名)

- ・ 上記受診病院より処方薬、または定期的に内服をしていますか? **※お薬手帳をお持ちの方はお出しください。**

いいえ はい (病名) 内服薬
 ◆
 ◆
 ◆

- ・ 薬や食べ物でアレルギーはありますか？

いいえ はい (薬) (食べ物)

- ・ ご希望がありましたらいざれかに○をお願いします。

お薬は (粉薬 · シロップ · 錠剤) を希望します。