問診票（再診用）

記入日　　年　　月　　日

お名前	男　女	年齢　　歳　　カ月
体温　　℃　（　　時ころ）		体重　　ｋｇ

●今回見られる症状に〇をつけてください。

発熱　　咳　　鼻水　　喘息　　喘鳴（ゼーゼー音がする）　　湿疹・かぶれ

発疹（ぶつぶつ）　　下痢　　おう吐　　腹痛　　頭痛　　耳の下の腫れや痛み

その他（　　）

●その症状はどんな様子ですか？

水分は取れていますか？　　はい　・　いいえ

夜は眠れますか？　　はい　・　いいえ

食事は取れていますか？　　はい　・　いいえ

●学校や保育所・家族の間で流行している感染症は何かありますか？

ない　　ある（　　）

●いま治療中の病気や、使っているお薬はありますか？

ない　　ある（　　）

●食べ物やおくすりのアレルギーはありますか？

ない　　ある（　　）

●いままでに熱性けいれんなどのひきつけを起こしたことはありますか？

ない　　ある（　　）

●診察に際して何かご希望があればお書きください。

（例）座薬が欲しい、薬は粉薬が良い、咳の貼り薬が欲しい、薬は錠剤にしてほしい。検査を希望する。

点滴や入院治療を相談したい。

くぼ 小児科 クリニック