

問診票：初診

いとうこどもクリニック



※以下の症状についてあてはまるものを○で囲んでください。その後、矢印に従ってお分かりになる範囲でご記入ください。

1) 今日はどうされましたか?

発熱 → 本日から () 日前から → 最高() °C

咳嗽 → 本日から () 日前から → 乾いた咳 痰がらみ ゼーゼー ケンケン

鼻水 → 本日から () 日前から → 水っぽい ネバネバ 鼻づまり 透明 黄緑色 くしゃみ

のどいた → 本日から () 日前から → 食事もとれない 水分もとれない

腹痛 → 本日から () 日前から → 最後の便は () 日前

嘔吐 → 本日から () 日前から → 1 日() 回 咳き込んで吐く

下痢 → 本日から () 日前から → 1 日() 回 水様 泥状 血便 白色

便秘 → 本日から () 日前から → もともと () 日に1 回ペース

頭痛 → 本日から () 日前から → 吐き気 あり・なし

耳痛 → 本日から () 日前から → 左 右 両側

発疹 → 本日から () 日前から → (部位)

その他 → ()

2) 現在、水分は いつもどおり / 少なめ / 全くとれない /

3) 現在、他院へ通院中ですか? いいえ ・ はい → ()

4) 周りに同じ症状の方はいますか? いいえ ・ はい → 家族() ・ 学校 ・ 幼稚園 ・ 保育所

5) 周囲で流行っている病気は? なし ・ あり → ()

6) お薬や食べ物にアレルギーはありますか? なし ・ あり → ()

7) 今までに、けいれん(ひきつけ) を起こしたことはありますか?
 いいえ / はい → () 回 最後の発作はいつ? ()

8) 薬の希望は 粉薬 ・ シロップ ・ 錠剤
 解熱剤の頓用薬(要 不要) ・ 要の場合 → (坐薬 飲み薬) を希望

ふりがな 名前		男 ・ 女	生年月日 平成/令和 年 月 日 (歳 ヶ月)
住所 〒 -		電話番号	
		携帯電話	
体重	Kg	来院時の体温	°C