

本庄記念病院 小児科問診票

年 月 日

フリガナ お名前		男 女	平成	年	月	日 生まれ （ 歳 ヶ月）	
住所							
連絡先	自宅	—	—	/	携帯	—	—

★体調について（あてはまるものに○および詳細の記入を）

- ・機嫌良い・元気あり／機嫌悪い・元気なし
- ・食欲やおっぱい・ミルクの飲み：いつも通り／少ない
- ・水分：とれる／とれない
- ・おしっこの量：いつも通り／少ない→最後に出たのは ____日 ____時ごろ
- ・睡眠：眠れる／眠れない→咳・息が苦しそう・ぐずる
- ・周囲に病気の方がいた：家族／友達→病名や症状（ _____ ）
- ・薬を使用した（貼り薬や塗り薬なども含む）：当院処方／他院処方／市販薬
（薬品名… _____ ）

★症状について（あてはまるものに○および詳細の記入を）

- ・発熱： 月 日 時頃～ 最高 ____℃（上がったたり下がったり／ずっと上がりっぱなし）
解熱剤の使用：なし／あり ____回 最終使用： ____日 ____時頃
- ・咳： 月 日～ 咳の性質（痰がらみ／空咳／ケンケン／ゼーゼー）
時間帯（一日中／夜に強い／寝起きに強い）
- ・鼻水： 月 日～ 水鼻／青鼻／つまっている／めやにが出る
- ・嘔吐： 月 日～ 回数 ____／日→最後に吐いたのが ____日 ____時頃
- ・下痢： 月 日～ 回数 ____／日→ひどくなっている／かわらない／良くなってきている
便の性状（泥状便／水便／不消化／白色便／すっぱい臭い）
- ・便秘： 月 日～ おならあり／腹痛あり／食欲なし
- ・湿疹： 月 日～ 部位（ _____ ）
経過…どんどんひどくなる／かゆがっている／出たり消えたりする
- ・痛み： 月 日～ 部位…頭／おなか／のど／耳／その他（ _____ ）
- ・その他： 月 日～（ _____ ）

★お薬の希望 シロップ／粉薬／錠剤（ただしお薬の種類によってはご希望に添えない場合があります）

★診察前に医師・看護師に伝えたいことがあればご記入ください

証明書希望の方はお申し出下さい（指定用紙は問診票と一緒にお出し下さい）。

ご記入ありがとうございました。終わりましたらスタッフまでお声掛けください。

ご記入いただきました個人情報、診察に関する範囲を超えて利用することはございません。