

小児問診票

令和 年 月 日

(紹介状：有・無)

ID: _____

フリガナ: _____	住所: 〒 _____ - _____
氏名: _____ (男・女)	
生年月日: 平成・令和 年 月 日 (歳 ヶ月) 出生 (週) 出生体重 (g)	電話番号: _____ - _____ 携帯番号: _____ - _____

看護師記入欄 体温 °C SPO2 %
身長 cm 体重 kg

1. どのような症状ですか？

発熱 咳 のどの痛み 鼻水 鼻づまり 息苦しい だるさ
関節痛 けが 胸痛 吐き気 嘔吐 下痢 便秘 皮膚のかゆみ 発疹

2. いつ頃からですか？ 月 日頃から

3. 現在、通院している病院、医院、クリニックはありますか？ はい ・ いいえ

*「はい」の方
医療機関名と病名を教えてください

*お薬手帳をお持ちでない方は
現在、服用中のお薬を教えてください

4. 今までにかかった病気はありますか？ はい ・ いいえ

*今までに健診などで異常があると言われた事がありますか？ はい ・ いいえ

5. 今までに薬剤や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか？ はい ・ いいえ

*「はい」の方 アレルギーの内容を教えてください

6. お薬の希望はありますか？

飲み薬: 粉 シロップ 錠剤
熱さまし: 坐薬 飲み薬



御記入ありがとうございました。