



問診表

受診日 年 月 日 ()

ふりがな お名前	_____	通園、通学先:() 年 組
年齢 歳 か月	男・女	今のお熱 ℃ 体重 kg
		SPO2 % 血圧 /

★おくすりの量が体重で変わりますので、体重は必ず測ってください。

今回の主な受診の目的は？

いつから(日付)症状は、ありますか？ あてはまるものに○を付けてください。

発熱	/	時~ ℃ 解熱 日~	
		何日続いていますか? 日目 頭痛 関節痛	
		熱さましの使用(日 時・なし)最後の使用は	
咳	/	痰がらみ ヒューヒュー コンコン オットセイのような 咳込み(眠れる 眠れない) 咳あげ 回 多く出る時間帯 (起床時 昼間 寝る前 夜中 一日中)	
鼻水	/	透明 白 黄色 緑 サラサラ ドロっと 鼻づまり くしゃみ	
目の症状	/	(右 左) 充血 めやに かゆみ 腫れ	
耳の症状	/	(右 左) 痛み 耳だれ 聞こえが悪い	
口の症状	/	のどの痛み プツプツ 口内炎	
おなかの 症状	嘔吐 吐き気	/	時頃から 最終 日 時頃 昨日 回・今日 回 吐き気(あり なし)
	下痢	/	軟便 ドロドロ 水様 血便 酸っぱい臭い 白っぽい 昨日 回・今日 回 おしりの荒れ(あり なし)
	腹痛	/	時々 今も痛みあり 場所(おへその 上・下 まわり)
	便秘	/	日目 普通便 コロコロ 軟便 血液付着
皮膚の 症状	/	プツプツ 赤み はれ 痛み 出血 かゆみ(あり、なし) カサカサ シクシク 現在塗っている薬(あり なし) (頭 顔 首 口 手 足 お腹 背中 おしり その他)	

★全身の状態 食欲(あり なし) 水分(とれる とれない) 睡眠(とれる、とれない)
元気(あり なし) 機嫌(良い 悪い)

現在、飲んでいるお薬は、ありますか？ お薬手帳をお出してください

ある(当院で 他院で 市販薬)・ ない 常用薬 ()

お薬の形態の希望 (粉薬 シロップ 錠剤 特になし)

熱さましは必要ですか？ はい (座薬 粉 錠剤) ・ いない

※その他、気になる症状、相談あれば、ご記入ください。 はやかわこどもクリニック