

# 問診票 (ver.5)



お子さんのお名前 \_\_\_\_\_ ( 歳 カ月)

以下の項目の□に✓印を、記号に○印を、また、必要事項をご記入お願いします。

\*現在の体重(最近測ったもの) \_\_\_\_\_ kg

※解熱剤は必要ですか? 必要(坐薬・粉薬・錠剤)・不要 (○印をつけてください)

※お薬のタイプは (シロップ・粉薬・錠剤) にしてほしい (○印をつけてください)

□ 発熱: いつからですか? (a. 今日から b. \_\_\_\_月\_\_\_\_日ころから)  
・最高何°Cでしたか? \_\_\_\_\_°C

□ 発疹が出た: いつからですか? (a. 今日から b. \_\_\_\_月\_\_\_\_日ころから)  
・部位はどこですか? \_\_\_\_\_

□ 咳が出る: いつからですか? (a. 今日から b. \_\_\_\_月\_\_\_\_日ころから)  
・咳で夜目覚めることはありますか? (a. はい、 b. いいえ)  
・咳のために吐いてしまうことはありましたか? (a. はい、 b. いいえ)

□ ゼイゼイする: いつからですか? (a. 今日から b. \_\_\_\_月\_\_\_\_日ころから)

□ 鼻水が出る: いつからですか? (a. 今日から b. \_\_\_\_月\_\_\_\_日ころから)

□ 腹痛: いつからですか? (a. 今日から b. \_\_\_\_月\_\_\_\_日ころから)  
・頻度はどのくらいですか? \_\_\_\_\_回程度/1日

□ 嘔吐: いつからですか? (a. 今日から b. \_\_\_\_月\_\_\_\_日ころから)  
・頻度はどのくらいですか? \_\_\_\_\_回程度/1日

□ 下痢: いつからですか? (a. 今日から b. \_\_\_\_月\_\_\_\_日ころから)  
・頻度はどのくらいですか? \_\_\_\_\_回程度/1日

□ その他: □ 皮膚、 □ 便秘、 □ 喘息

具体的にお書きください \_\_\_\_\_

※ 通っている保育園・幼稚園・学校などで流行しているものはありますか。  
(a. ある \_\_\_\_\_、 b. 聞いていない)

※ ご家族の中で発熱のある方はいますか? (a. いる、 b. いない)

※ 現在、他院で処方されているお薬はありますか? (a. ある、 b. ない)  
ある場合、お薬手帳をご用意願います。