

小児問診票（再 診）

ふりがな

お名前（ ） 体 重（ ） k g



本日の体温（ ）℃

●周囲で流行している感染症 なし ・ あり（ ）

●機嫌（良・不良） 睡眠（良・不良） 食欲（良・不良） 排尿（普通・少ない）

●当てはまる症状の□にレ点をつけ、日付など記入してください。

前回の続き（ ）

定期診察（病名：皮膚、喘息、夜尿、便秘）

発熱 →右の表に熱の経過を記入してください

咳（ 月 日）から

鼻水（ 月 日）から

のどの痛み（ 月 日）から

耳の痛み（ 月 日）から 右・左

嘔吐（ 月 日） 回数： 回

（ 月 日） 回数： 回

下痢（ 月 日） 回数： 回 性状：水様・泥状・軟便 色（ ）

（ 月 日） 回数： 回 性状：水様・泥状・軟便 色（ ）

腹痛（ 月 日）から

頭痛（ 月 日）から

発疹（ 月 日）から 発疹が出ている場所（ ）

その他症状・相談があればお書きください。

●希望するお薬の形状はありますか？

（ シロップ・粉薬・錠剤・特になし ）

●希望する解熱剤の形状はありますか？

（ 飲み薬・坐薬・特になし・自宅に残薬がある ）

●現在使用している薬はありますか？ いいえ・はい →お薬手帳をお持ちの方は省略可

他院の薬を使用している方（薬剤名：_____）

ご意見・ご要望等がございましたらご自由にお書きください。

当院では、視覚検査を

行っております。

検査をご希望の方は問診票

にご記入頂くか、診察前に

受付にお声がけください。

視覚検査を 希望する・しない

