



# 小児科 問診表



受診日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

氏名： \_\_\_\_\_

生年月日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_\_ 歳)      身長： \_\_\_\_\_ cm      体重： \_\_\_\_\_ kg

■ 今日はどうされましたか？

( \_\_\_\_\_ )

※上に記載してくださった方も再度ご記入お願いいたします。

- ① 食欲はありますか？      ② 水分はとれていますか？      ③ (※お熱のある方) 熱はいつからですか？  
 いいえ ・ はい                      いいえ ・ はい                      \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

上記の症状で病院にかかったことはありますか？

いいえ ・ はい → ( ※具体的に病院名、お薬など )

周囲に同じような症状の方や、風邪をひいている方はいますか？

いいえ ・ はい → ( ※具体的に )

■ 周囲に流行している病気はありますか？

いいえ ・ はい → ( ※具体的に )

■ 今までかかった病気はありますか？

いいえ ・ はい → ( 病名： \_\_\_\_\_                      時期： \_\_\_\_\_  
 ※現在も治療中であれば通院中の病院や内服中のお薬など )

■ お薬や食べ物などにアレルギー症状がでたことはありますか？

いいえ ・ はい → ( ※具体的なお薬、食べ物、アレルギーの症状など )

■ 一か月以内に海外に行った、または海外から帰国しましたか？

いいえ ・ はい → ( 国名・地域： \_\_\_\_\_                      具体的な期間： \_\_\_\_\_ )

ありがとうございました。診察までもうしばらくお待ちください。