



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。
 医療法人徳洲会 成田富里徳洲会病院 小児科