問診票＜小児科＞

受診日:　　年　　月　　日

氏名:　　性別: 男 ・ 女

生年月日: 平 ・ 令　　年　月　日 （　　歳　　ヶ月）　　体重:　　kg

1） どのような症状がありますか？

☐ 熱　　月　日から（最高体温　　℃　　月　　日　　時頃）
☐ のどの痛み　　☐ 腹痛
☐ 鼻水　　☐ 嘔吐
☐ 咳　　☐ 下痢
☐ ぜーぜー　　☐ 発疹
☐ その他[　　]

2） 他院で処方されている薬はありますか？　　はい ・ いいえ

ある場合は出来るだけ詳しく書いてください （おくすり手帳持参の場合は記入不要）

[　　]

3） 薬のアレルギーはありますか？

はい （薬の名前:　　症状:　　）・ いいえ

4） 今までかかった主な病気を教えてください

☐ 熱性けいれん　　☐ 周期性嘔吐症
☐ 先天性心疾患　　☐ 麻疹（はしか）
☐ 喘息　　☐ おたふくかぜ
☐ アトピー性皮膚炎　　☐ 水痘（水ぼうそう）
☐ アレルギー （具体的に:牛乳・卵　等　　）
☐ その他の大きな病気 （病名:　　）

5） どのような薬が飲めますか？　　散剤（粉薬） ・ 錠剤

新越谷病院　R5.9.1