

カルテ NO. \_\_\_\_\_

# 小児問診票

氏名	ふりがな	生年月日	平成・令和 年 月 日生 ( 歳)	性別	男・女
住所	〒				
電話	自宅：		携帯：		
緊急連絡先	( 様 )				
身長	cm	体重	kg	体温	℃

今日はどうされましたか	<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 喉の痛み <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 関節の痛み <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 腰痛 <input type="checkbox"/> 息苦しい <input type="checkbox"/> 胸痛 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> ぶらつき <input type="checkbox"/> その他 ( ) <b>【当院スタッフ記入欄】</b>
症状はいつ頃からですか	
現在治療中の病気はありますか	ない ある ( )
現在お薬を飲んでいますか	いいえ はい ( )
お薬や注射でアレルギーが出たこと (気分が悪くなったこと)がありますか	いいえ はい ( )
今までにかかった病気を教えてください	<input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> 麻疹 <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> その他 ( )
けいれん(ひきつけ)をおこしたことがありますか	いいえ はい ( 何歳の頃 )
採血時に気分が悪くなったことはありますか	ない ある ( )
出生時期・新生児期に何か異常がありましたか	いいえ はい ( 何歳の頃 )

◎ご協力ありがとうございました。お手数ですが受付にお返してください。