問診票（小児・初再診）みやばやし小児科アレルギー科

ふりがな 氏名	男・女	来院時の体温 ℃	体重 kg
生年月日 平成・　　年　　月　　日	年齢 歳	在園（校）中の園・学校名	

- 持病の有無　あり・なし　（持病とは心臓疾患やアレルギーなどの慢性的な病気のこと）
  → （病名　　）
  （内服中の薬　　）
- 主訴　（今いちばん困っていること。たとえば、喘息で咳が止まらないなど、今回の受診理由。それは、いつからかも記入して下さい、また他院での処方薬があれば記入して下さい。）

  1.

  2.

  3.

- 発熱の有無　あり・なし
  ① いつから？　　月　　日　朝、昼、夕、夜
  ② 最高体温は？　　℃　③受診直前の体温は？　　℃
- いつもと違うところ（□にチェックをつける/複数回答可）
  □食欲がない　□よく眠れていない　□表情が乏しい
  □だるそうにしている　□元気に活動できない　□尿が少ない
  □その他（　　）
- 周囲で流行している病気（□にチェックをつける/複数回答可）
  □風邪　□インフルエンザ　□RS ウイルス　□その他
  □胃腸炎　□ロタウイルス　□おたふくかぜ
  □水ぼうそう　□溶連菌　□手足口病
  □プール熱　□ヘルパンギーナ　□リンゴ病
- 薬の希望（□にチェックをつける）
  □シロップ薬　□粉薬　□錠剤　□カプセル　□水なしで飲める薬（OD 錠など）
  □その他（　　）
- 聞いておきたいこと

記入された方　→　母・父・（　　）　**記入日**　→　　年　　月　　日