

小児科問診票（小児・再来院） 受診日：

名前： _____

付き添い：父・母・祖父・祖母・他 _____

体温： _____ °C 体重： _____ kg

*待合室の体重計で測定できない方は処置室で測定しますので、受付にお声がけください

前回受診の続き、同じ症状

よくなった 変わらない 悪くなった

前回受診後、変わったことがあれば教えてください

新しい受診、前回受診と違う症状

いつ頃から： _____ 月 _____ 日

熱 咳 鼻水

嘔吐：合計 _____ 回 下痢： _____ 回/日 発疹

その他： _____

・食欲： ある まあまあ ない

・活気： ある まあまあ ない

流行している病気はありますか？

いいえ はい： _____

他院で治療を受けていますか？お薬手帳をお持ちの方は提出してください

いいえ はい 病名： _____

くすり： _____

一緒に、ご家族の病気・予防接種相談で受診の希望はありますか？

いいえ はい：受診者名 _____ (続柄： _____)

*服を脱ぎやすくして、準備をお願いします

*診察前に、ミルクやお菓子などをあげないようにしてください