

# くぼかわ医院 小児科 再診 問診票

※お手数ですが、太枠・太字のところを記入してください。

受付日 年 月 日

名前	男 ・ 女 ( 歳)
体温	度

※下記は、こちらで記入します。  
待合室・診察室2・診察室3・処置室

体重		kg
身長		cm
SpO <sub>2</sub>		%
呼吸数		回/分
心拍数		回/分
血圧	/	mmHg

★今回の受診について教えてください。

① 受診の理由に○をつけ、いつから症状が出はじめたか、記入してください。

- ・ 発熱 (いつ )から 最高体温( )℃
- ・ せき ( )から
- ・ 鼻水 ( )から
- ・ のどの痛み ( )から
- ・ 吐く ( )から 1日 ( )回、色 ( )、 ( )
- ・ 下痢 ( )から 1日 ( )回、色 ( )、赤いところがある、泥状、水様
- ・ 腹痛 ( )から (どんな )
- ・ けいれん ( )から (何時頃、どんな )
- ・ ぐったり・元気がない ( )から
- ・ ぶつぶつ・発疹 ( )から かゆみ (あり・なし) 部位 ( ) 塗っている薬 ( )
- ・ めやに ( )から かゆみ (あり・なし)
- ・ その他 (ご自由にお書きください)

② 食事・水分はとれていますか？

食事：(全く取れない・少し取れる・普段通り) 水分・母乳・ミルク：(全く取れない・少し取れる・普段通り)

③ おしっこ(尿)はでていますか？

普段通り 少ない ない

④ いま飲んでいるお薬はありますか？

なし あり ( )

⑤ 食べ物で、じんましんや呼吸器症状、ショックなどアレルギー反応がでたことはありますか？

なし あり ( )

⑥ 薬を飲んで、じんましんや呼吸器症状、ショックなどアレルギー反応がでたことはありますか？

なし あり ( )

⑦ 薬を飲んで、下痢になったことはありますか？

なし あり ( )

⑧ 薬の処方が必要な場合、どのタイプの薬をご希望ですか？

水薬 粉薬 錠剤