

松尾医院 問診票（小児科 再診用）

お名前 _____ (男・女) _____ 年齢 _____ 歳 _____ ヲ月 _____ 体重 _____ kg 体温 _____ °C

① 今日はどうされましたか？いつからどのような症状があるか相談内容をお書きください。

② その後の経過はどうですか？（前回の続きで受診の方のみご記入ください）

・前回に比べて症状は？ よい 少しよい 変わらない 悪くなった

・新たに気になる症状や相談がある（ _____ ）

・薬は飲めていますか？ 飲めている まあまあ飲めている 飲めていない

③ 食欲はどうですか ある 少し ない 水分はとれますか？飲む 少し 飲めない

夜は寝れますか？はい まあまあ いいえ 機嫌はどうですか？よい まあまあ 悪い

④ 次の症状で当てはまるものがあれば、チェックしてください。

熱 鼻の症状 喉の痛み 頭痛 目やに 咳 喘鳴 腹痛 嘔吐

下痢（軟便・水様便・血便・色がおかしい（ _____ 色）） 発疹（ぶつぶつ） かゆみ

・現在、他院で処方されている薬や服用中の薬があればお書きください。

（ _____ ）

⑤ ご家族や周りで流行している病気はありますか？ ない ある（ _____ ）

⑥ 希望する薬をチェックしてください。（ シロップ 粉薬 錠剤 _____ ）

⑧ 今日解熱剤は希望しますか？ いない いる（ 坐薬 シロップ 粉薬 錠剤 _____ ）

ご記入ありがとうございました。