

# 松尾医院 問診票（小児科 初診用）

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

住所 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

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 今までに入院するような病気・大きな病気はありますか？

ない ある ( \_\_\_\_\_ )

③ 薬や食べ物のアレルギーはありますか？ ない ある ( \_\_\_\_\_ )

③ 食欲はどうですか ある 少し ない 水分はとれますか？飲める 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

⑤ 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。

( \_\_\_\_\_ )

⑥ 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 ( \_\_\_\_\_ )

⑦ 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。