



うにし小児科 問診票

診察券番号 ()

記入日 年 月 日

お名前	性別	年齢	体重	体温
	男・女	歳 月	g・Kg	℃

★本日はどうされましたか？ (あてはまる症状に○印をつけて記入して下さい)

症状	いつから	状況
発熱	月 日 午前・午後 時頃から	最高体温 ℃ (月 日 午前・午後 時頃) 解熱剤使用 (あり・なし) (最終使用 月 日 時頃)
はな	月 日頃から	サラサラ・ネバネバ・鼻づまり・他 ()
咳	月 日頃から	痰がらみ・から咳・ゼーゼー音・他 ()
嘔吐	月 日頃から	1日 回・最後に吐いた時間 (月 日 時頃)
下痢	月 日頃から	1日 回 (水様・泥状) ・ (黄色・茶色・白色・血液)
腹痛	月 日頃から	場所 (胃のあたり・お臍周囲・下腹部・その他)
頭痛	月 日頃から	場所 (全体・前・後・左・右・その他)
発疹	月 日頃から	場所 (全身・顔・手・足・体・お尻) ・かゆみ (+・-))
めやに	月 日頃から	場所 (両眼・右眼・左眼) ・眼の充血 (+・-))
その他	月 日頃から	

★現在の状態はどのようなですか？

- ・食事摂取 (普通・少し悪い・悪い) ・水分摂取 (普通・少し悪い・悪い)
- ・睡眠 (普通・少し悪い・悪い) ・機嫌 (普通・少し悪い・悪い)

★現在、学校・幼稚園・保育園で流行している病気はありますか？

(なし・あり→病名:) ・学校・幼稚園・保育園名 ()

★現在、ご家族で体調の悪い方がいらっしゃいますか？

(なし・あり→症状・病名:) ・どなた? ()

★当院受診前に他の医療機関を受診されましたか？

(いいえ・はい→受診日: 月 日)

(医療機関名: 北河内夜間救急センター・枚方休日急病診療所・ 病院)

★他の病院で処方され、現在服用中の薬がありますか？ (いいえ・はい→)

★過去に痙攣 (ひきつけ) をおこしたことがありますか？ (いいえ・はい→)

★お薬や食べ物のアレルギーがありますか？ (いいえ・はい→)

★その他、ご希望があればお書き下さい。(例: アレルギー検査希望 等)