

問診票（再診の方用）

太枠内記入必須

フリガナ			年齢
氏名	男・女		歳 ヶ月
身長：_____cm	体重：_____kg	現在の体温：_____℃	
（ _____ ） 保育園・幼稚園・小学校・ 集団生活はしていない			

以下、お書きいただくか、スタッフにお声かけいただき、お話しください。

● 前回受診時に医師から指示された予約受診の方

前回受診から今回受診までいかがでしたか？

[_____]

● 前回受診時から続く症状や相談の方

前回受診から今回受診までいかがでしたか？

[_____]

● 新たな症状や相談の方（該当する欄に☑をつけてください）

- 発熱 _____月____日頃から（最も高かった体温はいつ、何℃でしたか _____日____℃）
- 咳 _____月____日頃から（最も咳が強いのは、朝 日中 夕方 就寝後 夜中 明け方）
- 鼻水 _____月____日頃から（透明さらさら ねばねば 黄色や黄緑で量も多い）
- 下痢 _____月____日頃から（少しやわらかめ びちゃびちゃ ほとんど水 血が混じる）
- 吐き気・おう吐 _____月____日頃から（最終おう吐____日____時）
- 痛み（頭・お腹・耳・のど・その他_____） _____月____日頃から
- 皮膚（乾燥・赤み・かゆみ・ぶつぶつ） 部位_____
- 便秘 夜尿（おねしょ） 栄養や身体の発育に関する心配・相談（ _____ ）
- 発達や行動に関する心配・相談

（診察室で医師が話を伺った後で、詳しい別の問診票をお願いすることがあります）

具合が悪くなってから今日までの様子を聞かせてください

- ・ 普段と比べて食欲はどうですか 　あまり変わらない　・ 半分くらい　・ 全く食べない
- ・ 水分は取れていますか 　朝起きてコップにして（____）杯くらい

● ご家族または周囲で流行している病気はありますか

家族 　なし　・ あり 　病名・症状（ _____ ）

集団生活 　なし　・ あり 　病名・症状（ _____ ）

● 現在、服用中のお薬はありますか 　はい　・ いいえ

[_____]

ご協力ありがとうございました。