

問診票

診察の参考にしますのでご面倒ですが次の質問にお答えください

①名前() ②年齢 ()才 保・幼・小・中
③身長()cm 体重()Kg ④現在の体温()°C

⑤発熱はしていますか？ (はい ・ いいえ)
*発熱している場合 ()月()日 午前・午後()時頃から 体温()°C

⑥いつからどういった症状がありますか？(出ている症状に○、特に強い症状に◎をつけてください)

・喉の痛み	月	日から	・吐き気	月	日から
・咳	月	日から	・嘔吐	月	日から
・鼻水	月	日から	・腹痛	月	日から
・頭痛	月	日から	・下痢	月	日から
・食欲低下	月	日から	・便秘	月	日から
・発疹 (部位:)	月	日から			
・その他 ()	月	日から			

⑦その他、診察時に医師に伝えたいことを具体的に記入してください

⑧現在、治療中の病気はありますか？ (はい ・ いいえ)

病名:

⑨喘息はありますか？ (はい ・ いいえ)

⑩最近、予防接種をしましたか？ (はい ・ いいえ)

ワクチンの種類() いつ(月 日)

⑪以下の項目でアレルギーはありますか？ある場合は○で囲んでください。

・花粉症 ・ 金属 ・ ゴム ・ 薬 (薬剤名:)
・ 食品 (食品名:) ・その他 ()

⑫アルコール綿や絆創膏の使用で皮膚のかぶれはありますか？(はい ・ いいえ)

⑬歯の治療時に麻酔を使用したことのあるお子さんにお聞きします。

麻酔使用時に何か異常がありましたか？ (はい ・ いいえ)

薬について

⑭現在、飲んでいる薬はありますか？ (ある ・ ない)

*ある場合にはお薬手帳をお出してください

⑮薬は何が飲めますか？(水薬 ・ 粉薬 ・ 錠剤 ・ カプセル)

*上記のうち特に希望されるものがある場合には◎をしてください