

## お子さまの問診

直近の体重 \_\_\_\_\_ kg

院内体温 \_\_\_\_\_ °C

- 前回のつづきで受診（再診の方のみ）  鼻吸い希望

※再診で症状が変わらない方は、以下は記入不要です

・本日はどうされましたか（該当するものすべて）

発熱  せき  鼻水  のどの痛み  関節痛  頭痛・めまい  胸痛

動悸・息ぎれ  腹痛  おう吐・下痢  健診結果の相談  お薬の相談

その他 具体的に \_\_\_\_\_

・主な症状はいつからですか

今日  昨日  2～3日以内  1週間以内  1ヶ月以内  1ヶ月以上

・これまでにかかったご病気はありますか

なし／わからない  突発性発疹  はしか  風しん  おたふく

水ぼうそう  けいれん  ぜん息  アトピー  その他

具体的に \_\_\_\_\_

・ご本人のアレルギーはありますか  なし／わからない

お薬  食べ物  その他 具体的に \_\_\_\_\_

・ご家族のアレルギーはありますか

なし/わからない  ぜん息  アトピー  その他

具体的に

---

・処方の際、希望されるお薬の種類はありますか

錠剤  粉薬  シロップ  座薬  どれでも良い

・注射やお薬で具合が悪くなったことがありますか

いいえ/わからない  はい 具体的に

---

・妊娠～出産までのお母さまの健康状態はいかがでしたか

異常なし  問題があった 具体的に

---

・当院を知ったきっかけをお教えてください（複数回答可）

近所・通り掛り  家族・知人からの紹介  職場が近い  ホームページ

駅看板  チラシ  その他