

# 問診票

記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

お子さんの氏名 \_\_\_\_\_ 体重 \_\_\_\_\_ g・kg・不明 本日の熱 \_\_\_\_\_ °C ( \_\_\_\_\_ 時頃)

フローレンスの訪問型病児保育の会員さんですか? はい ・ いいえ

1. 本日の診察は A) B) のどちらでしょうか?

- A) 前回とは別の症状 または 初めてかかる (質問2以降へのご回答をお願いします)
- B) 前回の続き 前回かかれてから、いかがでしたか (質問は以上です。以下の回答は不要です)

2. どのような症状がありますか? 該当するもの全てに丸をつけてください。

熱 (いつから \_\_\_\_\_ 最高 \_\_\_\_\_ °C) 咳 鼻水 ゼーゼー 喉の痛み  
発疹 (部位 \_\_\_\_\_ ) かゆみ 目やに 目の赤み 目のかゆみ  
頭痛 耳の痛み 耳だれ 吐き気 嘔吐 下痢 腹痛 水分がとれない  
けいれん その他 ( \_\_\_\_\_ )

3. 上記の症状はいつから始まり、どうなりましたか?

4. 診察で希望することがあれば該当するものに丸をつけてください。

鼻吸い 検査 ( \_\_\_\_\_ ) 登園許可書 診断書 その他 ( \_\_\_\_\_ )

5. ご家族及び周囲で体調不良の方、以下の病気にかかっている方はいますか?

インフルエンザ 溶連菌 胃腸炎 手足口病 ヘルパンギーナ アデノウイルス  
RSウイルス マイコプラズマ その他 ( \_\_\_\_\_ )

6. 今回の症状が始まってからお薬を飲んでいますか? はい ・ いいえ

7. 薬のアレルギーはありますか? はい ・ いいえ

8. 薬について希望はありますか?

形の希望: シロップ 粉 粒 座薬  
できるだけ飲ませたくない 長めに処方してほしい 1日2回がいい  
その他 ( \_\_\_\_\_ )

9. 上記以外でもお子さんについて相談したい事があれば御記載ください。



ご回答ありがとうございました

マーガレットこどもクリニック