

# 初診の方用 予診票 小児科（赤ちゃんから中学生までの方）

下記の黒枠内にご記入下さい

フリガナ		性別	体重	体温
お名前		男・女	kg	℃
生年月日・年齢	H・R	年	月	日
		歳	ヵ月	日
フリガナ				電話番号
付き添いの方の氏名（続柄）	( )			
ご住所	〒			
どのようなことが心配で来院されましたか？ いつから、どのような症状ですか？				
<input type="checkbox"/> 発熱	( / から)	(最高	℃)	<input type="checkbox"/> 嘔吐
				( / から)
				(1日
				回程度)
<input type="checkbox"/> 咳	( / から)			<input type="checkbox"/> 下痢
				( / から)
				(1日
				回程度)
<input type="checkbox"/> 鼻水	( / から)			<input type="checkbox"/> 腹痛
				( / から)
<input type="checkbox"/> 発疹	( / から)			<input type="checkbox"/> その他
				( )
<input type="checkbox"/> 元気さ	( 元気 ・ いつもより元気がない ・ 元気がない ・ ぐったりしている )			
<input type="checkbox"/> 水分摂取	( できる ・ 少しずつなら出来る ・ あまりできない ・ できない )			
<input type="checkbox"/> 排尿	( いつも通りに出ている ・ 少なくなっている ・ でない )			
<input type="checkbox"/> 睡眠	( いつも通り眠れている ・ あまり眠れていない ・ 眠れていない )			
下の欄に、お聞きになりたいことなど、自由にお書き下さい				
以下の質問にお答えください ( なし・あり ) については○を付けてお答えください				
今までにかかった病気(手術)や治療中の病気はありますか？ ( なし ・ あり )				
⇒ 病名 ( )				
今使われているお薬はありますか？(市販薬も含む) ( なし ・ あり )				
※お薬手帳をお持ちの方は受付に提出して下さい				
※お薬の名前がわかれば診察時に教えて下さい 普段飲んでいる薬がある場合も診察時に教えて下さい				
アレルギーはありますか？ ( なし ・ あり ) ( 食物 薬物 その他 )				
⇒ アレルギー物質名 ( )				
注射をして気分が悪くなったり、薬を飲んで発疹が出たりした事がありますか？ ( なし ・ あり )				

☆ご協力ありがとうございました☆

☆この予診票と体温計・お薬手帳を受付にお渡しいただき、お待ちください☆