

小児科問診票(再診)

記入日						年	月	日
フリガナ お名前				男・女	生年月日 西暦			
					年	月	日	(年齢 歳 ヶ月)
体重		kg	体温		℃			
身長		cm	記入者: 母親・父親・祖父母・その他()					

当てはまる症状に○をつけて、症状が出てきた日付を(/)にご記入ください。

☆本日はどうされましたか？(一般診療・喘息・アレルギー・薬・鼻吸い・低身長・夜尿・検査・書類等)

☆わかる範囲で下記の当てはまる症状に○をつけてください。

- ・発熱 (/) ()時ごろからの発熱 最高()℃
- ・せき (/) から (乾いた咳・痰からみ・ゼーゼー・ケンケン)
- ・鼻水 (/) から (鼻づまり・黄緑色・透明)
- ・嘔吐 (/) から 1日()回 (突然吐く・咳き込んで吐く)
- ・下痢 (/) から 1日()回 (水様・泥状・血便・白色)
- ・腹痛 (/) から (ずっと・ときどき) 部位 (右・左・上・下)
- ・便秘 (/) から便が出ていない もともと()日に1回ペース
- ・皮膚症状 (/) から (頭・顔・口・体・おしり・手・足) (水疱・かゆみ・赤み・乾燥)

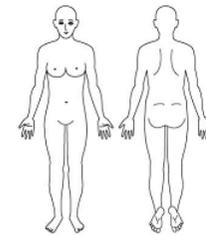
●食事は (いつも通り / 少なめ / 全くとれない) → (/)から

●水分は (いつも通り / 少なめ / 全くとれない) → (/)から

●おしっこは (いつも通り / 少なめ / 全くでない) → (/)から

☆お薬の希望は (粉薬・シロップ・錠剤) 解熱剤は (要・不要) (坐薬・飲み薬)

☆現在治療中の病気又は内服中のお薬があれば下記にご記入ください。



・皮膚症状

☆ほかに相談したいことがあれば下記にご記入ください。