

問診票

| | | | |
|-----------|------|----|----|
| お名前（ふりがな） | 年齢 | 体重 | 体温 |
| くん・ちゃん | 歳 ヲ月 | Kg | ℃ |

本日はどうされましたか？

- 発熱(いつから 月 日 AM/PM _____ 時ごろ～ _____ °C)→解熱剤使用(あり・なし)
- はな(いつから 月 日～)→(さらさら・ネバネバ・鼻づまり・他 _____)
- 咳(いつから 月 日～)→(痰がらみ・から咳・ゼーゼー・他 _____)
- 嘔吐(いつから 月 日～)→回数(1日 _____ 回くらい・最後に吐いた時間 AM/PM _____ 時ごろ)
- 吐き気(いつから 月 日～)
- 下痢(いつから 月 日～)→回数(1日 _____ 回くらい) かたち(水様・泥状・軟)
色(黄茶色・白色・血がまじる)
- 便秘(いつから 月 日～ _____ 日間) *ふだんの排便(_____ 日に _____ 回)
- 肌(ぶつぶつ・赤み・乾燥)(いつから 月 日～)
部位(頭・顔・手・足・お尻・口の中・他 _____)
- 救急受診(いつ 月 日、守口休日診・門真休日診・中野こども病院・その他 _____)
- その他(例;アレルギー相談・検査、夜尿症、鼻すい希望、吸入希望、
その他 _____)

今の状態はどうですか？

- 水分摂取(いつもどおり やや少ない 少ない) 食事摂取(いつもどおり やや少ない 少ない)
- 睡眠(いつもどおり やや浅い 眠れない) 機嫌・元気(いつもどおり 少し悪い 悪い)
- ご家族や学校・幼稚園・保育園で体調をくずしている方はいますか？
(なし・あり→病名: _____)

現在使っているお薬(飲み薬、塗り薬、貼り薬)はありますか？

- ない ある→お薬手帳を渡していただくか、薬の名前をご記入ください。(_____)

変更がある方は以下についてもご記入ください。

- アレルギーについて なし あり→薬(薬名 _____)
食べ物(卵・牛乳・その他 _____)
その他(_____)

