

# ☆ 初 診 問 診 票 ☆

ふりがな お名前		年齢	才	か月	身長	cm
		体重		kg	体温	℃

【 今日はどうされましたか？ 】 母子手帳（有・無）

- 診察
  定期受診
  紹介受診

【 症状があるところは□にチェックをお願いします 】

● 熱	<input type="checkbox"/> 熱	いつから	月	日	時頃～	_____℃
		解熱剤使用	（ あり ・ なし ）		（使用時間： _____）	
	<input type="checkbox"/> けいれん	既往	（ あり ・ なし ）			
		ダイアアップ使用	（ あり ・ なし ）		（使用時間： _____）	
	<input type="checkbox"/> 頭痛	いつから	月	日	（部位： _____）	軽度・重い・ガンガン・ズキズキ

● のど・鼻・耳・目	<input type="checkbox"/> のど痛	いつから	月	日		
	<input type="checkbox"/> 鼻水	いつから	月	日	（透明・白色・黄色・緑色）	
	<input type="checkbox"/> 耳だれ					
	<input type="checkbox"/> 耳が痛い	（ 右 / 左 ）				
	<input type="checkbox"/> めやに	（ あり ・ なし ）				
	<input type="checkbox"/> 目の症状	（赤い・痛い・涙目・その他 _____）				

● 胸	<input type="checkbox"/> せき	（ _____ 月 _____ 日 頃より ）	（SPO2: _____ %）
	（痰がらみ・ゼーゼー・息苦しい・咳込み・から咳）：（夜間・早朝・昼・寝前・常に）		
	<input type="checkbox"/> 胸の痛み	（ _____ 月 _____ 日 頃より ）	

● お腹	<input type="checkbox"/> 嘔吐	いつから（ _____ 月 _____ 日 頃より ）	（ 1日 _____回 ）
		最終嘔吐は？	（ _____ 月 _____ 日 時頃 ）
	<input type="checkbox"/> 嘔気	（ あり ・ なし ）	
	<input type="checkbox"/> 下痢	いつから（ _____ 月 _____ 日 頃より ）	（ 1日 _____回 ）
		便状（水様・泥状・普通・血便・便が出ず）	
	<input type="checkbox"/> おむつかぶれ	（ あり ・ なし ）	
<input type="checkbox"/> 便秘	いつから（ _____ 月 _____ 日 頃より ）	（ _____日に1回 ）	
	<input type="checkbox"/> 腹痛		

● 皮膚	<input type="checkbox"/> 皮膚	状態（ 乾燥・かゆみ・発疹・発赤・ただれ・ジュクジュク・水ぶくれ ）
		部位（ _____ ）

<input type="checkbox"/> その他	〔 _____ 〕
------------------------------	-----------

☆ 必ず記入をお願いします ☆			
【食事】	食欲（ なし / あり ）	水分	（ とれる / とれない ）
【現在飲んでいる薬はありますか】	（ なし / あり ）		
【お薬や食べ物にアレルギーはありますか】	（ なし / あり： _____ ）		
【内服薬： シロップ / こな / つぶ】	【解熱剤： つぶ / こな / 坐薬、 不要】		