

小児科問診票

平成 年 月 日

お子様のお名前 () 年齢 (歳 ヲ月)
御記入者のお名前 () お子様との関係 ()

1. お子様はどのような症状がありますか。

発熱 咳 鼻水 くしゃみ のどが痛い
頭痛 嘔吐 下痢 腹痛 便秘
発疹 ぐったりしている
その他 ()

2. その症状は、いつから始まったのですか。

今日 昨日 () 日前

3. そのために、今までにどこかで診察を受けられましたか。

受けた 受けない
いつ ()
病院名 ()
病名 ()

4. 次の病気にかかったことがある場合は○で囲んでください。

喘息 アトピー性皮膚炎 花粉症
じんましん (食品名)
薬アレルギー (薬品名)

5. あなたはお子様の病気 (悪性疾患などの場合をふくむ) を正確に知らせてほしいですか？

- 1 良性、悪性にかかわらず知りたい。
- 2 良性であれば知りたい。
- 3 知りたくない。

6. お子様の病気の診断・治療について、他に特に説明してもらいたい人がありましたら、その方のお名前とお子様との関係を書いて下さい。(何名でも結構です)

お名前 () お子様との関係 ()
お名前 () お子様との関係 ()
お名前 () お子様との関係 ()