



いのうえ小児科阪南クリニック 問診票

記入日：令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

お名前：ふりがな _____ (男・女) 体重：_____ kg 体温：_____ °C

生年月日：平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 年齢：_____ 歳 _____ か月

1. 本日はどうされましたか？

発熱 (_____ 頃から) 咳 (_____ 頃から) 鼻水 (_____ 頃から)

嘔吐 (_____ 頃から) 下痢 (_____ 頃から) 腹痛 (_____ 頃から)

発疹 (_____ 頃から) その他 _____ (_____ 頃から)

① 食事は摂れていますか？： はい 少なめ 摂れない

② 水分は摂れていますか？： はい 少なめ 摂れない

③ 気力は？： 元気 やや元気がない だいぶ元気がない ぐったり

④ 園/学校に通っていますか？： いいえ はい (園/学校名：_____)

⑤ 周りで流行している病気はありますか？： ない ある (_____)

⑥ その他 (自由記載)

2. 薬や食べ物のアレルギーはありますか？： ない ある (_____)

3. 現在、飲んでいるお薬はありますか？： ない ある (_____)

4. 今までに大きな病気をされたことがありますか？： ない ある
(_____)

5. ご希望のお薬の形は？： シロップ 粉薬 錠剤 どれでもよい