



小児科問診表
はす花こどもファミリークリニック

当院記入欄

体温 度
脈拍 回/分
血圧 / mmHg
呼吸 回/分
SpO2 %

フリガナ
患者氏名
ご住所（初診の方のみご記入ください）

電話番号（初診の方のみご記入ください）

年齢 か月・歳 / 体重 kg

アレルギーの有無

食べ物 : 薬 :

今日の症状に✓をつけてください。
それはいつからですか。

- 発熱 :
咳 :
鼻水・鼻づまり :
下痢 :
便秘 :
嘔吐 :
腹痛 :
胸痛 :
動悸 :
めまい/たちくらみ :
頭痛 :
耳痛 :
皮膚の乾燥 :
発疹 :
アレルギーの相談
心電図異常 / 心雑音
尿検査異常
その他 :

1. これまでにけいれん（ひきつけ）をおこしたことがありますか？

はい or いいえ

2. ご希望の処方を教えてください。

- シロップ
粉
錠剤
どれでもよい
1日3回の内服が可能
1日2回の内服を希望

3. 入院歴や手術歴はありますか？

4. 今飲んでいるお薬はありますか？

5. 学校や保育園、家族内で流行している病気はありますか？