

問診表

ふりがな	(生年月日) 平・令	年	月	日
氏名	様	男・女	才	日生 ヶ月
住所				
		TEL ()	—	
		ケイタイ ()	—	

()	保育園・幼稚園 通園 小学校・中学校 通学	体 温	体 重	身 長
		℃	kg	cm

1. どうしましたか？

1. 発熱（最高 ℃） 2. 解熱剤最終使用（ 日 時）

3. せき（1日中・朝方・夜中） 4. 鼻水・鼻づまり 5. 喘鳴（ゼーゼー・ヒューヒュー）

6. 呼吸困難 7. 下痢（ 回） 8. 便秘（固くて出にくい・普通・やわらかい） 最終排便（ 月 日）

9. はく（ 回） 10. 腹痛 11. 頭痛 12. のどの痛み 12. 耳痛 13. ひきつけ

14. 発疹 15. 予防接種のため 15. 食欲について（ある・水分のみ・食事、水分もとれない）

16. アレルギーの薬を現在服用中（有・無）（薬の名称 ）

17. 機嫌について（よい・わるい・ぐったりしている）

18. その他（ ）

2. いつからですか？

1. 今日の（朝・昼・夕方）から 2. 月 日頃から

3. 家族や周りで流行っている病気はありますか？（ ）

4. 心配なことがあればお書きください。
症状が長引いていること・気管支炎や肺炎・脱水症
（ ）が心配。

5. くすりについて
今、飲んでいくすりはありますか？（はい・いいえ）
お薬の希望を教えてください
のみぐすりは 1日（2回・3回・どちらでもよい）が希望
くすりは（シロップ・粉薬・錠剤）が希望。 解熱剤は（座薬・粉薬・錠剤）が希望。

6. 何かアレルギーはありますか？
気管支喘息・アトピー性皮膚炎・鼻アレルギー・食物アレルギー（たまご・牛乳・ ）
注射や薬で具合が悪くなったことがありますか？（はい・いいえ）
家族でアレルギー体質やアレルギー性疾患があるといわれた人はいますか？（はい・いいえ）

7. これまでのお子さんの様子について

(1) 分娩（正常・異常）
何週で生まれましたか？（ ）週 生まれたときの体重（ ）g

(2) 乳児期の発育状況 首の座り（ ）か月 お座り（ ）か月
つかまり立ち（ ）か月 一人歩き（ ）か月 単語を言う（ ）か月

(3) 今までに受けた予防接種に○をつけてください
ヒブ（Hib）・肺炎球菌・三種混合・ポリオ・四種混合・五種混合・ロタ・BCG・MR（麻疹・風疹）
おたふくかぜ・水痘（みずぼうそう）・インフルエンザ・B型肝炎・日本脳炎

(4) これまでにかかった病気を教えてください
突発性発疹・麻疹・風疹・水ぼうそう・おたふくかぜ・熱性けいれん・けいれん・てんかん
その他大きな病気、または入院したことがあれば記入してください
（ ）

8. 両親および兄弟について（かかっている病気があれば記入してください）

父（ ） 母（ ）

第1子（男・女）（ 才 ）

第2子（男・女）（ 才 ）

第3子（男・女）（ 才 ）