

患者登録表・問診票（小児）

ふりがな			ご住所	〒(-)
お名前		男 女		
年齢	()歳	()ヵ月		
生年月日	平成 年	月 日		
電話	()		携帯電話	

1、	出生時 (妊娠 週 g)
2、	出生時のことで伝えておきたいこと ()
3、	今までにかかった病気に○をつけてください。 気管支炎・ぜんそく・肺炎・その他() 熱性けいれん (計 回) 無熱性けいれん (計 回)、抗けいれん剤の使用: 無・有 (薬名:)
4、	入院したことはありますか いいえ・はい (はいの方は以下ご記入ください) 病名:()いつごろ:() 現在も定期的に通院していますか? いいえ・はい (病院名:)
5、	食物アレルギーの有無 ない・ある (食品名:)・わからない
6、	薬に対するアレルギーの有無 ない・ある (薬名:)・わからない
<p>本日(診察日)の症状について(前回の症状の続きの方は右に☑) <input type="checkbox"/>アレルギー(良好 不変 不良)</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/>アレルギー以外(改善 不変 悪化)</p> <p>現在の体重 _____ kg 体温 _____ °C</p> <p>現在飲んでいる薬はありますか? ない・ある (くすり)</p> <p>症状はいつからですか? <input type="checkbox"/>今日 <input type="checkbox"/>きのう <input type="checkbox"/>2日前 <input type="checkbox"/>3日前 <input type="checkbox"/>4日以上前</p> <p>症状は? <input type="checkbox"/>発熱 <input type="checkbox"/>せき <input type="checkbox"/>はな <input type="checkbox"/>たん <input type="checkbox"/>ゼーゼー <input type="checkbox"/>のどの痛み</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/>頭痛 <input type="checkbox"/>腹痛 <input type="checkbox"/>嘔吐 <input type="checkbox"/>下痢 <input type="checkbox"/>肌の症状</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/>発疹 (顔・あたま・おなか・背中・手・足・)</p> <p style="padding-left: 40px;">→<input type="checkbox"/> 周囲に水痘のお子さんがいます</p> <p>本日解熱剤の処方をご希望ですか?</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> 希望しません <input type="checkbox"/> 希望します (座薬・こな・錠剤)</p> <p>その他何かあればご記入ください</p>	