



大はしこどもクリニック

問 診 票

| | | | | | | | |
|------|-------|-------------------------|---|----|----|----|----|
| ふりがな | | ※ 当てはまる口にチェック(レ)してください。 | | | | | |
| 氏名 | (男・女) | 体温 | ℃ | 身長 | cm | 体重 | kg |

発熱 (例 1月 1日 朝 37.5度 午後3時ごろ 39度 で座薬使用) **投薬中の薬があればお薬手帳をお出してください**

| いつ? | 熱の様子? | 食欲・水分摂取・その他様子 |
|-----|-------|---------------|
| 月 日 | | |
| 月 日 | | |
| 月 日 | | |

せき

| いつ(から)? | どのくらいの頻度? | どんなせき? | その他の様子 | 変化は? |
|-----------------------------------|--|---|--|---|
| 月 日 | <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> 常に <input type="checkbox"/> 朝方多い <input type="checkbox"/> 夜中多い | <input type="checkbox"/> 乾いた <input type="checkbox"/> たんがからむ <input type="checkbox"/> 犬がほえる様な | <input type="checkbox"/> 咳で夜眠れない <input type="checkbox"/> せきで吐く <input type="checkbox"/> でると止まらない <input type="checkbox"/> ゼーゼー苦しそう | <input type="checkbox"/> ひどくなってきた <input type="checkbox"/> よくなったり <input type="checkbox"/> 悪くなったり <input type="checkbox"/> 良くなってきた |
| <input type="checkbox"/> 前回受診から続く | | | | |

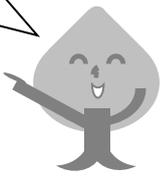
鼻水

| いつ(から)? | どんな色? | その他の様子 | 変化は? |
|-----------------------------------|--|---|--|
| 月 日 | <input type="checkbox"/> 透明 <input type="checkbox"/> 黄色 | <input type="checkbox"/> はながつまる <input type="checkbox"/> くしゃみがある <input type="checkbox"/> ミルク飲めない | <input type="checkbox"/> ひどくなってきた <input type="checkbox"/> 良くなったり悪くなったり <input type="checkbox"/> 良くなってきた |
| <input type="checkbox"/> 前回受診から続く | | | |

のどの痛み

| いつ(から)? | どんな具合? | 変化は? |
|-----------------------------------|---|---|
| 月 日 | <input type="checkbox"/> 少しだけ <input type="checkbox"/> 飲み込むのが つらい(つらそう) | <input type="checkbox"/> かわらない <input type="checkbox"/> ひどくなってきた <input type="checkbox"/> 良くなってきた |
| <input type="checkbox"/> 前回受診から続く | | |

追加したいことや聞きたいことがあれば
下の「その他」にお書きください。



おう吐・はき気

| いつ? | 何回? | 食事 | 水分 | 変化は? |
|-----------------------------------|-----|---|---|---|
| 月 日 | | <input type="checkbox"/> 普段どおり <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ほとんど食べない | <input type="checkbox"/> ある程度 <input type="checkbox"/> 少しだけ <input type="checkbox"/> ほとんどとれない | <input type="checkbox"/> かわらない <input type="checkbox"/> ひどくなってきた <input type="checkbox"/> 良くなってきた |
| <input type="checkbox"/> 前回受診から続く | | | | |

腹痛

| いつ(から)? | 場所は? | どの程度? | 便の状態は? | 変化は? |
|-----------------------------------|-------------|--|--|---|
| 月 日 | (へその周り・下など) | <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 常に <input type="checkbox"/> 表情ゆがむ(泣く) | <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘がち | <input type="checkbox"/> かわらない <input type="checkbox"/> ひどくなってきた <input type="checkbox"/> 良くなってきた |
| <input type="checkbox"/> 前回受診から続く | | | | |

下痢

| いつ(から)? | 1日に何回位? | 色は? | 性状は? | 変化は? |
|-----------------------------------|---------|---|---|---|
| 月 日 | 回位 | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 赤い(血混じり) <input type="checkbox"/> 白っぽい | <input type="checkbox"/> 水様 <input type="checkbox"/> どろ状 | <input type="checkbox"/> かわらない <input type="checkbox"/> ひどくなってきた <input type="checkbox"/> 良くなってきた |
| <input type="checkbox"/> 前回受診から続く | | | | |

その他 (いつからどのような状況か具体的にお書きください)

周囲(家族・施設)に同じような症状の流行があればお書きください→
「(だれだれ)が(いつ)どうなっていた」など