



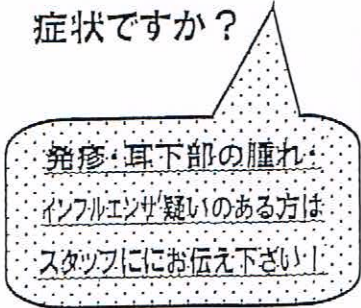
小児科問診票



名前		生年 月日	平成・令和 (さい)	年月日	体重	kg
----	--	----------	----------------------	-----	----	----

住所	(〒 -)	電話	()	-
		携帯	()	-

(わかる範囲で結構です)

1. いつからどのような症状ですか？ 	
2. 今までに何か病気にかかったことがありますか？(風邪以外で)	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (例:喘息やアトピー/ひきつけ/肺炎で入院...) <input type="checkbox"/>
3. 食物のアレルギーはありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (例:卵や乳製品でじんましん...) <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/>
4. 薬を飲んで何らかの症状が出たことはありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (例:抗生剤で発疹...) <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/>
5. 今服用中の薬はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (例:近医でもらったカゼ薬/アレルギーの薬...) <input type="checkbox"/>
6. 薬の服用状況はいかがですか？ (複数選択可)	<input type="checkbox"/> 飲める <input type="checkbox"/> 飲めない事もある <input type="checkbox"/> 飲めない <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> シロップ飲める <input type="checkbox"/> 粉薬だけがよい <input type="checkbox"/> 錠剤がよい