

小児科問診票

名前 _____ (歳 カ月)

体重 _____ kg

薬のアレルギー ☐ ある ☐ ない

(_____)
いつから (_____)

・熱 _____ 度

・咳 ☐ ある ☐ ない ☐ 痰がらみ ☐ ゼーゼー

・鼻水 ☐ ある ☐ ない ☐ 鼻詰まり

・のどの痛み ☐ ある ☐ ない

・腹痛 ☐ ある ☐ ない 下痢 _____ 回

・頭痛 ☐ ある ☐ ない

・吐き気 ☐ ある ☐ ない 嘔吐 _____ 回

・食事 ☐ 少し ☐ 食べれる ☐ 食べれない

・水分 ☐ 飲める ☐ 飲めない