

Medical Questionnaire (Pediatrics) 問診票

Date/ 日付 year month day
/ 年 / 月 / 日

Patient name/ 患者氏名 様 (Age/ 年齢 Years/ 才 Months/ ヶ月)

Weight/ お子様の普段の体重 kg 今日の体重 kg
受診時の熱 °C Height/ お子様の最近の身長 cm 今日の身長 cm

- ◆ 特に気になる症状に○をつけ、あてはまる症状の欄に記入をお願いします。(少し: ±) (中程度: +) (ひどい: ++)
なお、前回引き続きの症状で再診される方は、前回以降の症状の経過と新たな症状がでてきた場合は前回同様に記入をお願いします。

● Please check the appropriate symptoms in the bold-framed area.

Symptoms/ 症状	<input type="checkbox"/> Fever/ 熱	<input type="checkbox"/> Cough/ 咳 <input type="checkbox"/> Wheezing/ ゼーゼー	<input type="checkbox"/> Running Nose/鼻水 <input type="checkbox"/> Nasal congestion/ 鼻づまり	<input type="checkbox"/> Nausea/ 吐き気 <input type="checkbox"/> Vomiting/ 嘔吐	<input type="checkbox"/> Diarrhea/ 下痢	<input type="checkbox"/> Abdominal Pain/腹痛 <input type="checkbox"/> Head ache/ 頭痛	<input type="checkbox"/> Rash/ 発疹	<input type="checkbox"/> Other/ その他の症状 ()
いつから? (日付)	/	/	/	/	/	/	/	/
どの程度?	°C	±・+・++	±・+・++	±・+・++	水様・泥状 回	±・+・++	±・+・++ 出始めた部 位	±・+・++
昨日の状態	最高 °C	±・+・++	±・+・++	±・+・++	水様・泥状 回	±・+・++	±・+・++ 増えた部位	±・+・++
今日の状態	°C	±・+・++	±・+・++	±・+・++	水様・泥状 回	±・+・++	±・+・++	±・+・++

- ◆ お子様の様子は普段と比べてどうですか? あてはまる箇所に記入をお願いします。

	食欲低下	水分摂取不良	元気(機嫌)不良	尿量減少
いつから? (日付)	/	/	/	/
いつも (の) より	>2/3~1/2~1/3>	>2/3~1/2~1/3>	少し・まあまあ・悪い	少し・まあまあ・悪い
昨日の様子	>2/3~1/2~1/3>	>2/3~1/2~1/3>	少し・まあまあ・悪い	少し・まあまあ・悪い
今日の様子	>2/3~1/2~1/3>	>2/3~1/2~1/3>	少し・まあまあ・悪い	少し・まあまあ・悪い

- ◆ 身近で周囲にうつるような病気が流行っていますか? ⇒ (はい いいえ)
はいの方⇒病名 麻疹・風疹・おたふく・みずぼうそう・その他 ()
いつごろ接触しましたか? (月 日)
- ◆ 定期的に診察している病気はありますか? ⇒ (はい いいえ)
はいの方⇒病名 () 医療機関名 () 処方されている薬 ()
- ◆ お薬のアレルギーはありますか? ⇒ (はい いいえ) ・はいの方⇒薬品名 ()