問診票（小児用）

お名前＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　診察券番号（　　）

職員記入欄

身長	体重	体温	血圧	脈拍	SpO_2
cm	kg	℃	/ mmHg	/分	%

下記の当てはまる□にチェックを入れ、（　）内に記入して下さい

本日の症状		その症状はいつからですか？
□発熱	最高で（　　）℃ 熱の経過：（　　）	□今日（　）時　□日付（　/　）
□咳	□コンコン　□ゲホゲホ　□ケンケン	□今日（　）時　□日付（　/　）
□鼻水	□水っぱな　□黄色　□あおっぱな	□今日（　）時　□日付（　/　）
□ゼーゼー	□前にも同じ症状があった	□今日（　）時　□日付（　/　）
□嘔吐	（　　）回くらい	□今日（　）時　□日付（　/　）
□下痢	（　　）回くらい 色：（　　）	□今日（　）時　□日付（　/　）
□腹痛	部位：（　　）	□今日（　）時　□日付（　/　）
□発疹	部位：（　　）	□今日（　）時　□日付（　/　）

食事	□普段通り　□少ない（　　）割くらい　□とれない
水分	□普段通り　□少ない（　　）割くらい　□とれない
尿回数	□普段通り　□少ない（　　）割くらい　□出ない（最後：　　時頃）
睡眠	□普段通り　□少ない（　　）割くらい　□眠れない
機嫌	□良い　□やや悪い　□悪い
上記以外で気になること	
周囲で流行している病気	□ない　□ある ※あるとお答えの方 病名（　　） 流行している場所（　　）
最後の食事・ミルク等	□今日（　　）時頃　□昨日以前

ご記入ありがとうございました