



県立宮崎病院 小児 問診票



お名前 _____ 年齢 _____ 連絡先 _____ 続柄()

在胎週数 _____ 週 出生体重 _____ g ごきょうだい _____ 人中 _____ 人目

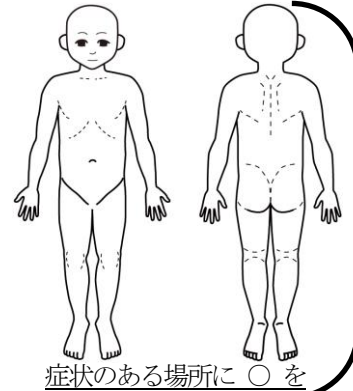
今日はどうされましたか？(いつからどのような症状がありますか？)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 頭痛 (____月____日から) | <input type="checkbox"/> 不機嫌 (____月____日から) |
| <input type="checkbox"/> 胸痛 (____月____日から) | <input type="checkbox"/> _____が痛い
(____月____日から) |
| <input type="checkbox"/> 腹痛 (____月____日から) | <input type="checkbox"/> 痙攣発作 (____月____日から) |
| <input type="checkbox"/> 発熱 (____月____日から、最高____℃) | <input type="checkbox"/> 喘息発作 (____月____日から) |
| <input type="checkbox"/> せき (____月____日から) | <input type="checkbox"/> 食欲低下 (____月____日から) |
| <input type="checkbox"/> 鼻水 (____月____日から) | <input type="checkbox"/> 哺乳低下 (____月____日から) |
| <input type="checkbox"/> 吐き気 (____月____日から) | <input type="checkbox"/> 下痢 (____月____日から) |
| <input type="checkbox"/> 嘔吐 (____月____日から、今までに____回) | |
| <input type="checkbox"/> 便秘 (____月____日から) | |



皮膚の状態 かさかさ ぶつぶつ 紫斑(紫の斑点) 出血 かゆみ むくみ 痛い

気になる症状、相談したいことなどをお書きください



今回の症状でほかの病院を受診しましたか？

- なし
 あり 医療機関： _____ 月 _____ 日 紹介状あり

ご家族や学校などで同じ症状の方はいますか？

- なし
 あり ()

今までにかかった病気などはありますか？

- なし
 よく熱を出す 骨折しやすい 先天性股関節脱臼 内反足
 その他(乳幼児検診等での指摘など) ()
 入院歴あり _____ 歳頃 病名： _____



アレルギーはありますか？



- なし
 食べ物やくすり ()
 アルコール(消毒) ヨード系(消毒) ゴム製品 ラテックス 金属 テープ類
 その他 ()

母子手帳・くすり手帳と一緒に 受診する科の受付 にお渡し頂き、しばらくお待ちください

