



# 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

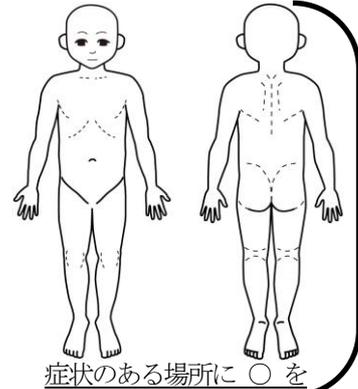
## 今日はどうされましたか？(いつからどのような症状がありますか？)

- |  |   |
|--|---|
| <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<br>(____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**

