

小児科問診票

年 月 日

氏名 男・女

年齢 歳
体重 kg

1) 今日受診をする理由になった、一番困っている症状は何ですか？

2) それはいつ頃から始まりましたか？

3) 1)以外に症状はありますか？あれば記入してください。

4) 熱(37.5℃以上)はありますか？ ある・ない
いつからですか？ 頃から
ある場合、一番高かったのはいつ頃でしたか？ 頃
そのとき何℃でしたか？ ℃
5) 嘔吐はありますか？ ある・ない
病院に来るまでに何回吐いていますか？ 回
最後に吐いたのはいつですか？

6) 便はどのような状態ですか？ 水のような下痢、柔らかめ、普通、ひびわれ、コロコロ、出ていない
1日に何回くらい出ていますか？ 回

7) おしっこは出ていますか？ はい・いいえ

8) 食事はいつもを10だとするとどのくらい食べられますか？下のスケールに○をつけてください。

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0
----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

9) 水分は飲めていますか？ はい・いいえ