



診察前にお尋ねすること(問診) 当てはまる□にチェック(レ)してください。 おおぬま小児科

体温 _____℃ 身長 _____cm 体重 _____kg 年齢 _____歳 _____ヶ月

(ふりがな)

住 所:

おなまえ:

電 話 番 号:

A 発熱

いつ(から)?	熱の様子は?	食欲・水分摂取・元気は?
月 日 <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕 <input type="checkbox"/> 夜 <input type="checkbox"/> 前回受診から続く	(例)9/1 夕方 38℃台、9/2 朝 37℃台	(例)食欲はないが、水分はとれる。

B せき

いつ(から)?	どのくらいの頻度?	どんなせき?	その他の様子	変化は?
月 日 <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕 <input type="checkbox"/> 夜 <input type="checkbox"/> 前回受診から続く	<input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> 常に <input type="checkbox"/> 朝方多い <input type="checkbox"/> 夜中多い	<input type="checkbox"/> 乾いた <input type="checkbox"/> たんがからむ <input type="checkbox"/> 犬がほえる様な	<input type="checkbox"/> 夜眠れない <input type="checkbox"/> せきで吐く <input type="checkbox"/> でると止まらない <input type="checkbox"/> ゼーゼー苦しそう	<input type="checkbox"/> ひどくなってきた <input type="checkbox"/> 良くなったり 悪くなったり <input type="checkbox"/> 良くなってきた

C 鼻水

いつ(から)?	どんな色?	その他の様子	変化は?
月 日 <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕 <input type="checkbox"/> 夜 <input type="checkbox"/> 前回受診から続く	<input type="checkbox"/> 透明 <input type="checkbox"/> 黄色	<input type="checkbox"/> はながつまる <input type="checkbox"/> くしゃみがある <input type="checkbox"/> ミルク飲めない	<input type="checkbox"/> ひどくなってきた <input type="checkbox"/> 良くなったり悪くなったり <input type="checkbox"/> 良くなってきた

D のどの痛み

いつ(から)?	どんな具合?	変化は?
月 日 <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕 <input type="checkbox"/> 夜 <input type="checkbox"/> 前回受診から続く	<input type="checkbox"/> 少しだけ <input type="checkbox"/> 飲み込むのが <input type="checkbox"/> つらい(つらそう)	<input type="checkbox"/> かわらない <input type="checkbox"/> ひどくなってきた <input type="checkbox"/> 良くなってきた

再診の方は初診からの変化を主に記入してください。

E おう吐・はき気

いつ(から)?	1日に何回位?	食 事	水 分	変化は?
月 日 <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕 <input type="checkbox"/> 夜 <input type="checkbox"/> 前回受診から続く	回位	<input type="checkbox"/> 普段どおり <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ほとんど食べない	<input type="checkbox"/> ある程度 <input type="checkbox"/> 少しだけ <input type="checkbox"/> ほとんどとれない	<input type="checkbox"/> かわらない <input type="checkbox"/> ひどくなってきた <input type="checkbox"/> 良くなってきた

F 腹痛

いつ(から)?	場所は?	どの程度?	便の状態は?	変化は?
月 日 <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕 <input type="checkbox"/> 夜 <input type="checkbox"/> 前回受診から続く	(上・下) (右・左) <input type="checkbox"/> へその周り <input type="checkbox"/> 全体的に	<input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> 表情ゆがむ(泣く) <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 常に	<input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘がち	<input type="checkbox"/> かわらない <input type="checkbox"/> ひどくなってきた <input type="checkbox"/> 良くなってきた

G 下痢

いつ(から)?	1日に何回位?	色は?	性状は?	変化は?
月 日 <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕 <input type="checkbox"/> 夜 <input type="checkbox"/> 前回受診から続く	回位	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 赤い(血混じり) <input type="checkbox"/> 白っぽい	<input type="checkbox"/> 水様 <input type="checkbox"/> どろ状	<input type="checkbox"/> かわらない <input type="checkbox"/> ひどくなってきた <input type="checkbox"/> 良くなってきた

その他 (症状が当てはまらない場合、その他気になる点、周囲での流行等ございましたらご自由に記入してください。)