



可児さとう内科
小児科 問診票

体温:

身長:

体重:

ふりがな

氏名: _____ (男 ・ 女) 生年月日: _____ 平成・令和 年 月 日

住所: 〒 _____ 電話番号: _____

■ 本日はどうされましたか？

■ 症状はいつごろからですか？ (_____) から

■ 食事は食べられましたか？

いつもどおり 少なめ 食べられない

■ 機嫌は良いですか？

いつもどおり あまり元気がない ぐったりしている

■ 便通はいかがですか？

いつもどおり便秘 (_____ 日間排便がない)下痢 (_____ 回/日、 軟便 ・ 水様便 ・ 血便)

■ 現在治療中の病気、または過去に大きな病気にかかったことがありますか？

なし あり (病名: _____)

■ 今までに薬を飲んだり注射を受けた後に、気分が悪くなったことはありますか？

なし あり (具体的に: _____)

■ 今まで食べ物でアレルギーが出たことはありますか？

なし あり (食品名: _____)

■ その他: 気になることや伝えたいこと、ご希望などがあれば記入してください。

*お書きいただいた情報は診療目的以外には使用いたしません。ご協力ありがとうございました。