



長谷川医院 問診表

お子様

【 おわかりになる範囲で結構ですので、以下の記載をお願い致します 】

ふりがな お名前	(男 ・ 女)	年齢	歳	ヶ月
生年月日	平成	年	月	日
体重		kg		
※初診時のみ記載				
住所 〒				
電話番号		携帯		
・これまでに薬や食べ物のアレルギーはありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ()				
・これまでに入院するような病気・大きな病気は？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ()				
＜ 現在の状態と症状 ＞ ◎ 今の熱 _____ ℃				
・食欲は？ <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> あまりない <input type="checkbox"/> ない				
・水分は？ <input type="checkbox"/> 飲める <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> 飲めない				
・睡眠は？ <input type="checkbox"/> よく眠れている <input type="checkbox"/> あまり眠れていない				
・きげんは？ <input type="checkbox"/> よい <input type="checkbox"/> わるい				
・次の症状で当てはまるものがあれば、チェックしてください。				
<input type="checkbox"/> 発熱		<input type="checkbox"/> 鼻汁 (透明・黄色・緑色)		
<input type="checkbox"/> 鼻づまり		<input type="checkbox"/> 喉の痛み		
<input type="checkbox"/> 咳 (痰がらみ・乾いた咳)		<input type="checkbox"/> 喘鳴 (ヒューヒュー・ゼーゼー)		
<input type="checkbox"/> おう吐		<input type="checkbox"/> 下痢 (軟便・水様便・血便)		
<input type="checkbox"/> 腹痛		<input type="checkbox"/> 頭痛		
<input type="checkbox"/> ほっしん、湿疹 (ぶつぶつ)		<input type="checkbox"/> その他 ()		
今回の症状の経過 (いつからどのような症状があるか) や相談内容をお書きください。				
・他院で処方されている薬や、服用中の薬があればお書きください。 ()				
・希望するお薬の形はありますか？ <input type="checkbox"/> シロップ <input type="checkbox"/> 粉薬 <input type="checkbox"/> 錠剤 <input type="checkbox"/> どれでもよい				