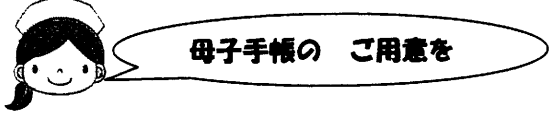

問診表(乳児用)

体重　　g

フリガナ

患者氏名　　**様**　　**男・女**　　**ヶ月**

☆ あてはまるものに○印、記入をしてください☆

症状	いつから	状況
熱		現在の体温　　℃
咳		痰がからむ　・　から咳　・　ゼーゼー音がする 多い時間帯(　　頃　)
鼻汁・鼻閉		
下痢		1日　　回(水様　・　泥状　・　その他　　) 便の色(茶色　・　白色　・　黄色　・　緑色　・　血液混じり　・　黒っぽい その他) オムツかぶれ　(　有　・　無　)　　便の付着したオムツ持参(　有　・　無　)
便秘		便の回数が少ない　　日に　　回　　最終排便日　(　　／　　) その他(　　)
嘔吐		1日　　回 どんな時に→　　授乳後すぐに　・　授乳と関係なく　・　咳込んだあと どのように→　噴水状　・　急にゲボッと　・　口の端からダラダラと その他(　　)
発疹		頭　・　顔　・　首　・　胸　・　背中　・　腹　・　腕　・　足　・　おしり　・　全身 薬の使用状況　・市販薬塗っている　・何も塗っていない ・処方された薬を塗っている(薬品名　　)
その他		

哺乳・食事状況　・普段と変わらず　・普段より減っている

睡眠　・普段と変わらず　・悪い

機嫌　・普段と変わらず　・悪い

普段の様子

●哺乳・食事状況

母乳　1日　回
ミルク　ml×　回
離乳食　1日　回

●排便状況

日　回
性状【軟　・普通　・硬　・その他(　　)】

◎保育施設などに通園している　【　有　・　無　】

◎他の病院にかかっている　【　はい（病名など　　）　・　いいえ】

◎他の病院で薬をもらっている　【　はい（薬の名称　　→薬手帳　有　・　無　）・　いいえ】

◎アレルギーといわれたことがありますか？【　はい（具体的に　　）　・　いいえ】

松下こどもクリニック