



あなたの現在の病態を合わせて、お薬を有効に安全に内服して頂くためにご協力よろしく申し上げます。

質 問 票

記入年月日：平成 年 月 日

【Q1】お子さんの体重は何キロですか？ (kg)

【Q2】現在の症状が現れたのはいつからですか？ 月 日 / 午前・午後 時頃から

【Q3】どのような症状ですか？（主なものを○でかこんで下さい。）

- 熱が高い (°C) けいれん、頭痛 さむけ 全身がだるい
元気がない 泣いてばかりいる 機嫌が悪い
- 鼻水がでる せきがでる たんがでる 呼吸が苦しそう のどが痛い
- むかむかする 吐いた お腹が痛い 下痢 便秘
- その他 ()

【Q4】けいれんを起こしたことがありますか？ はい (歳) ・いいえ

【Q5】お子さんの体質の中で、次の中にあてはまるものはありますか？

- アトピー
- ぜんそく
- 牛乳アレルギー
- 卵アレルギー
- その他のアレルギー
- その他 ()

【Q6】現在、他の医院・病院におかかりですか？

はい 病院名： いない

【Q7】現在、他にも薬を飲んでいらっしゃいますか？

はい お薬の名前： いない

【Q8】お薬や食べ物で発疹ができたり、何かいつもと
かわった症状を起こした経験がありますか？

お薬 (はい お薬の名前： いない)
食べ物 (はい 食べ物： いない)

「はい」と答えた方はどのようになりましたか

- 発疹
- 息苦しくなった
- 便秘
- 下痢
- 眠気
- 頭痛
- 吐き気

【Q9】お薬は上手にお飲みになれますか？

- 飲んだことがない
- 飲ませるのに苦労する
- 粉薬が飲める
- 錠剤、カプセル飲める
- 薬は大好きで何でも飲める

【Q10】いままでどんな病気にかかったことがありますか？

- はしか
- おたふくかぜ
- 水痘
- 風疹
- 川崎病
- 輸血
- 特発性血小板減少性紫斑病
- 結核
- その他 ()



食事時間には○印、起床、就寝時間には×印をつけてください



幼稚園や保育園に行っていて薬の服用がしにくい場合にはご相談ください



ver100211

住所

ふりがな
名前

電話