

問 診 票 (子ども用：15歳以下)

お名前	フリガナ ()	性別	男 ・ 女	きょうだい <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない
生年月日	平成 年 月 日	年齢	歳	
電話番号①				
電話番号②	つながりやすい番号順に記載ください。			

① 具合の悪いところについて

● 症状のはじまりはいつからですか？

今日 昨日 数日前 1～2週間前 その他 ()

● 該当すると思うものはありますか？

やけど 虫刺され 肌の乾燥 日焼け じんましん 湿疹

タコ ウオノメ イボ その他 ()

● 自覚症状はありますか？ ない ある (ある方は下記も記入)

かゆい 痛い 痛がゆい さわると痛い 押すと痛い

違和感がある その他 ()

⇒ かゆみのある方 我慢できる かいてしまう 眠れないほどかゆい

⇒ 痛みのある方 我慢できる 痛み止めがほしい 眠れないほど痛い

● 見た目の変化は ない ある (ある方は下記も記入)

⇒ 色は？ 赤い 白い 黄色い 黒っぽい その他 ()

⇒ 状態は？ ブツブツ カサカサ ザラザラ 盛り上がっている

水ぶくれ むくんでいる 硬い 柔らかい その他 ()

② 体質や体調について

● アレルギーはありますか？

ない ある (ある方は下記も記入)

薬 注射 食べ物 花粉・植物 金属

ぜん息 鼻炎 結膜炎 その他 ()

③ その他

● 現在、かかっている病気や使用している薬はありますか？

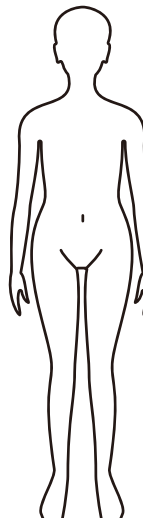

病名 ()

薬名 ()

● その他、心配な症状や相談したいことはありますか？

()

● 症状のあるところに○をつけてください。

前

後ろ