

はじめて受診される方の問診票 《小児科》

平成 年 月 日

ふりがな	性別	男 ・ 女
氏名	身長	体重
	cm	kg
生年月日 平成 年 月 日 (歳 ヶ月)	電話番号:	- -
	携帯番号:	- -
住所(〒 -)		
通園・通学していますか? いいえ ・ はい (施設名: 保育園・幼稚園・小学校・中学校)		

■本日はどのようなことでいらっしゃいましたか?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 予防接種 | <input type="checkbox"/> 乳幼児健診 |
| <input type="checkbox"/> 発熱 _____月 _____日 _____℃ | <input type="checkbox"/> 咳 _____日前より |
| _____月 _____日 _____℃ | <input type="checkbox"/> 痰 _____日前より |
| _____月 _____日 _____℃ | <input type="checkbox"/> 鼻水 _____日前より |
| <input type="checkbox"/> 頭痛 _____日前より | <input type="checkbox"/> 喘鳴(ゼーゼー) _____日前より |
| <input type="checkbox"/> 腹痛 _____日前より | <input type="checkbox"/> のどの痛み _____日前より |
| <input type="checkbox"/> 下痢 _____日前より | <input type="checkbox"/> 嘔気 _____日前より |
| <input type="checkbox"/> 便秘 _____日前より | <input type="checkbox"/> 嘔吐 _____日前より |
| <input type="checkbox"/> 耳の下の腫れや痛み _____日前より | <input type="checkbox"/> 発疹 _____日前より |
| <input type="checkbox"/> その他の症状および心配なことなど | |

()
 →上記症状について、他院を受診しましたか? いいえ ・ はい (病院名:)
 →上記症状について、薬を服用または使用しましたか? いいえ ・ はい ※市販薬も含みます
 (お薬の名前:)
 *たくさんある方はお薬手帳などを問診票と一緒にお願いします。

■今までにかかったことのある病気に○をつけてください。

麻しん(はしか) ・ 風しん(三日ばしか) ・ おたふくかぜ ・ 水ぼうそう ・ 熱性けいれん ・ 突発性発疹

■今までにかかった大きな病気や手術歴はありますか?

なし ・ あり (歳: 、 歳: 、 歳:)

■現在治療中の病気はありますか?

なし ・ あり (喘息 ・ アトピー ・ 花粉症 ・ アレルギー性鼻炎 ・ 心臓血管疾患 ・ 脳血管疾患 ・ 肝疾患 ・ 腎疾患 ・ その他:)
 →現在治療中の病気では何かお薬の使用はありますか? いいえ ・ はい
 (お薬の名前:)
 *たくさんある方はお薬手帳などを問診票と一緒にお願いします。

■薬のアレルギー(副作用)はありますか? なし ・ あり (お薬の名前:)

■薬以外のアレルギー(食べ物など)はありますか? なし ・ あり ()