

# 小児科 問診票 初・再

フリガナ： \_\_\_\_\_

来院時体温 \_\_\_\_\_ °C

必ずご記入ください

お名前： \_\_\_\_\_

性別：男・女

体重 \_\_\_\_\_ kg

※体重不明の場合は入口の血圧計横の体重計で、測定をお願いします。

生年月日：西暦・平・令 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日（ \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ ヶ月）

住所・電話番号 ★再診の方は変更がある場合のみご記入下さい。

（〒 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ ）

住所： \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

今日は どうされましたか	症状	発熱(最高 _____ °C)・悪寒・頭痛・喉の痛み・咳・痰・鼻水・鼻づまり 吐き気・嘔吐・腹痛・下痢・便秘・関節痛・めまい
		その他(具体的に 記入してください) _____ )
いつからですか	今日	( _____ )日前から _____ 時々 _____ ずっと前から
家庭や学校などで感染症の流行が、 _____ ない・ある(具体的に記入してください: _____ )		
お薬の処方が必要な場合、希望する剤形に○。( 粉薬 ・ シロップ ・ 錠剤 ) ※お子様のお薬は <b>院外処方</b> となりますので、薬局をお調べいただくようお願いします。		

★診察に必要な情報ですので、下記もご記入ください。

出生時の状況	在胎( _____ )週、出生体重( _____ )g
分娩時や新生児期に 異常がありましたか	ない
	ある あてはまるものに○。( 帝王切開 ・ 新生児仮死 ・ 黄疸 ・ その他 _____ )
かかったことのある 病気に○を付けてく ださい	肺炎・気管支炎、ぜんそく、熱性けいれん、突発性発疹症、水ぼうそう、おたふくかぜ 溶連菌感染症、その他(病名 _____ ) 外科手術(病名 _____ )、あてはまるものはない
入院したことはあり ますか	ない
	ある 病名( _____ ) 病院名( _____ ) いつ( _____ ところ )
通院中の病気はあり ますか	ない
	ある 病名( _____ ) 病院名( _____ )
現在、飲んでいる薬は ありますか	ない
	ある 薬品名( _____ ) ※診察室でお薬手帳提示でも可
薬や食べ物のアレルギー はありますか	ない
	ある 薬品名・食品名( _____ )

★当院を受診されたきっかけを教えてください。(○をつけてください。複数可)

{

知人紹介
家族紹介
医療機関からの紹介
ホームページ

Facebook
近所(通りがかり)
野立て看板
その他( \_\_\_\_\_ )

}

★ご協力ありがとうございました。