

小児科 問診票 初・再

フリガナ： _____

来院時体温 _____ °C

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 _____ - _____ - _____

- ・ 2週間以内に海外から帰国した人との接触はありましたか？ (はい ・ いいえ)
- ・ 同居する家族で、発熱・咳などの症状が出ている人がいますか？
(はい →どなたが？ 父, 母, 兄弟姉妹, 祖父母, その他 ・ いいえ)

今日は どうされましたか	症状	発熱(最高 _____ °C) ・ 頭痛 ・ のどの痛み ・ 咳 ・ 痰 ・ 鼻水 ・ 鼻づまり 吐き気 ・ 嘔吐 ・ 腹痛 ・ 下痢 ・ 便秘 ・ 関節痛 ・ 味覚障害
	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「 <u>院外処方</u> 」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 (_____)