

# 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。

(〒 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ )

受診当日に連絡のつく  
携帯番号をお願いします

住所： \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

- 2週間以内に新型コロナウイルス陽性者もしくは濃厚接触者との接触がありましたか？ ( はい ・ いいえ )
- 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/嗅覚障害
		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： _____ )		
お薬について： 希望する剤形に○ ( 粉薬 ・ シロップ ・ 錠剤 ) ※お薬は <b>院外処方</b> となります。		

★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 ( _____ )