

問診票

年 月 日

ふりがな

お名前 _____ 男 女 ご兄弟の名前と年齢 (_____)

平成 年 月 日 生まれ (_____) 歳 (_____) か月 体重 (_____) kg
住所 (〒 _____) 電話 (_____)
(_____) 保育所・保育園・幼稚園・小学校 年生・中学校 年生

本日の来院方法 徒歩 自転車 自家用車 その他 (_____)

☆症状を○で囲んでください。 来院時の体温 (_____ °C)

発熱; 発熱の方は別に熱型表を記入していただきます - けいれん - 鼻汁 - 鼻づまり
のどの痛み - 咳 (乾いた 痰がらみ 吐きそうな ケンケン ゼイゼイ その他 _____)
嘔吐 - 下痢 - 腹痛 - 便秘 - 頭痛 - 発疹 (いつからどこに _____)
その他 (_____)

☆症状の経過をお書き下さい。

(_____)

今日の機嫌	<input type="checkbox"/> ぐったりしている	<input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> 普通
食欲	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> まあまあ	<input type="checkbox"/> 普通
水分は摂れていますか	<input type="checkbox"/> 摂れてない	<input type="checkbox"/> 少量	<input type="checkbox"/> 普通
おしっこ	<input type="checkbox"/> 出てない	<input type="checkbox"/> 少ない	<input type="checkbox"/> 普通

☆他院で治療を受けていますか。医療機関名 (_____) いいえ

服薬中のお薬はありますか。お薬の名前 (_____) ない

☆けいれんを起こしたことはありますか。(初回と最終回の年齢 _____ 合計 _____ 回) ない

ある方: ダイアアップ坐薬は使っていますか はい いいえ

☆食べ物やお薬でアレルギーはありますか。

ある (_____) ない

☆出生体重 (_____) g 在胎週数 (_____) 週 (_____) 日 産院名 (_____)

☆予防接種について、接種済みを○で囲んでください。

ヒブ ① ② ③ ④ 小児肺炎球菌 ① ② ③ ④ B型肝炎 ① ② ③
四種混合 ① ② ③ ④ ロタテック ① ② ③ ロタリックス ① ② BCG①
MR 麻疹風疹 ① ② 水痘 ① ② おたふくかぜ ① ② 日本脳炎 ① ② ③ ④ DT①
その他 (_____)

☆かかった病気や入院した病気、年齢、病院名 (_____) ない

☆周りで流行している病気 (_____) どこで (_____) ない

☆ご家族で 体調が悪い方はおられますか (_____) いいえ

タバコを吸う方はおられますか (_____) いいえ

☆その他に気がかりな事があればご記入ください。

(_____)

◎受付スタッフに母子手帳, お薬手帳と一緒にお願いします。