

小児科問診票（初診）

ふりがな 名前	_____				男・女	年齢	歳	ヶ月
生年月日	年	月	日					
住所	〒	-						
携帯番号	(	)	自宅番号	(	)			
	身長	_____	cm	現在の体重	_____	kg		
	出生体重	_____	g	本日の体温	_____	℃		
通園（学）	(	_____	)	保育園・幼稚園・小学校・中学校・高校				

今日は、どのようなことで受診されましたか？しをつけてください。

- |                               |   |      |   |       |    |                             |   |      |
|-------------------------------|---|------|---|-------|----|-----------------------------|---|------|
| <input type="checkbox"/> 発熱   | 月 | 日頃から | ( | _____ | ℃) | <input type="checkbox"/> 腹痛 | 月 | 日頃から |
| <input type="checkbox"/> 咳    | 月 | 日頃から |   |       |    | <input type="checkbox"/> 嘔吐 | 月 | 日頃から |
| <input type="checkbox"/> ゼーゼー | 月 | 日頃から |   |       |    | <input type="checkbox"/> 下痢 | 月 | 日頃から |
| <input type="checkbox"/> 鼻水   | 月 | 日頃から |   |       |    | <input type="checkbox"/> 頭痛 | 月 | 日頃から |
| <input type="checkbox"/> その他  | ( |      |   |       |    |                             |   | )    |

具合が悪くなってから、今日までの様子を聞かせてください。

※はいと答えた方は、お薬手帳を医師にご提示下さい。

- ① 食欲は普段とくらべてどうですか？（変わらない・半分くらい・全く食べない）
- ② 水分はとれていますか（はい・いいえ・不明）
- ③ 朝からおしっこは出ていますか（はい・いいえ・不明）
- ④ 便の回数は（ \_\_\_\_\_ 回・出てない）
- ⑤ 今飲んでる薬はありますか？ いいえ・※はい（ \_\_\_\_\_ ）

お子さんの今までの健康状態などを聞かせて下さい。

- ① お子さんは今まで何か病気や入院されたことは、ありますか？ いいえ・はい  
（例：1歳 肺炎 \_\_\_\_\_ ）
- ② 薬のアレルギーはありますか？ いいえ・はい（ \_\_\_\_\_ ）
- ③ 食物アレルギーはありますか？ いいえ・はい（ \_\_\_\_\_ ）
- ④ 今までに受けた予防接種に○をつけて下さい。  
ヒブ・肺炎球菌・B型肝炎・4種混合・3種混合・BCG・MR（麻疹・風疹）  
ロタウイルス・おたふく・日本脳炎・ポリオ・水痘  
その他（ \_\_\_\_\_ ）
- ⑤ 来院のきっかけを教えてください（複数回答可）  
クリニック看板・チラシ・雑誌記事・近居・家族知人紹介・他院紹介・HP・その他（ \_\_\_\_\_ ）
- ⑥ 上記以外の事で心配事、医師に相談したいことがあれば自由にお書き下さい。