

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	_____ °C		
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 | (_____ °C) | <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。