

小児科初診問診票

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 記入者 (母 ・ 父 ・ 他) カルテ No. _____

(フリガナ)	性別	生年月日			
氏名:	男 ・ 女	西暦	年	月	日 才 ヵ月
住所:〒	携帯番号: ()		電話番号: ()		

下記の問いに該当するものに○を、または記入をして下さい。

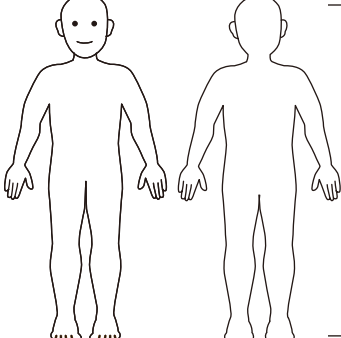
体温 _____℃ 身長 _____cm 体重 _____kg 保育園・幼稚園・学校名 _____
_____人きょうだいの 第 _____子

①今日はどのようなことで来院されましたか？

_____月 _____日 頃より

・発熱 (最高 _____℃まで上がった) ・頭痛
 ・腹痛 ・鼻水 ・鼻づまり ・のどの痛み
 ・耳が痛い・咳 ・痰がらみ ・吐き気 ・嘔吐
 ・下痢 ・便秘 ・おねしょ
 ・その他 [_____]

・発疹 ・けが
 ・かゆみ ・痛み
 ・いぼ ・にきび
 具合の悪い部位に
 ○をつけて下さい。



②今までにかかったことのある病気・通院中の病気はありますか？

突発性発疹・麻疹・風疹・水ぼうそう・おたふくかぜ・喘息・気管支炎・じんましん・肺炎・中耳炎・溶連菌感染症
 その他 _____

③今治療中の病気はありますか？

(いいえ ・ はい 病名 _____)

④現在飲んでいる薬はありますか？

(いいえ ・ はい _____)

⑤何かしらのアレルギーはありますか？ (はい / いいえ)

【はいの方】 (薬 ・ 食べ物 ・ その他 [_____])
 どのような症状ができましたか？ (_____)

⑥高熱でけいれんを起こしたことがありますか？ (はい / いいえ) 【はいの方】 いつ _____ヶ月 回数 _____回
 _____才

⑦飲む薬の種類に○をつけて下さい。

粉 ・ シロップ ・ 錠剤 ・ カプセル ・ 何でも飲む

⑧検査や処置の希望 (_____)

⑨何を見て当院を知りましたか？

(ご家族からの紹介 / 友人、知人からの紹介 / 看板を見て / インターネットで調べて
 当院のホームページを見て / その他 [_____])