

記入日 年 月 日

小児問診票

| | | | |
|---------------|-----------------|------|--------|
| ふりがな | | | |
| お名前 | | | 男 女 |
| 生年月日 現在の体重 | 年 月 日生 (満 歳 か月) | k g | |
| 住所 | 〒 | | |
| 電話番号 | () | 携帯番号 | () |

■本日は、どのような症状でおかかりになりますか？

月 日頃から 本日の体温 °C

※ 現在ある症状に○をつけてください。

- ・咳 月 日から
 痰がからむゴホゴホという咳 かわいたコンコンという咳
 夜中に咳き込んで目を覚ましてしまう ゼーゼー、ゼロゼロしてしまう。
- ・鼻水 月 日から
 透明でサラサラしている にごってドロドロしている
- ・嘔吐 月 日から 今日 続いている 止まっている
- ・下痢 月 日から 便に血が混じっている

■今回の症状でどこかを受診されましたか？

いいえ ・ はい 場所 _____
処方された薬はありますか？ いいえ・はい
はいの方 _____

■周囲で流行しているものはありますか？

いいえ ・ はい インフルエンザ・おたふく・水痘・溶連菌・ロタ・ノロ
その他 (_____)

■定期的に治療・内服されているお薬などはありますか？

いいえ ・ はい _____

■医師にアレルギーがあるといわれたことはありますか？ (食物・薬剤アレルギーなど)

いいえ ・ はい (具体的に _____)
お薬で合わないものはありましたか？
いいえ ・ はい (具体的に _____)

■ご希望がありましたらどちらかに○をお願いします。

お薬は、 散財（粉薬） ・ シロップ ・ 錠剤 を希望します。

■ 保育園・学校に通っていますか？

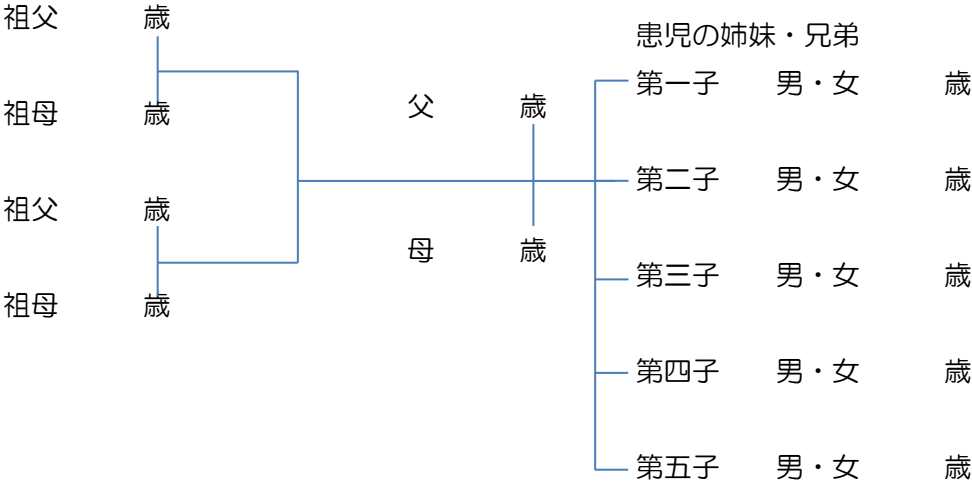
行っていない ・ 行っている（名称をご記入ください）

（ ） 保育園・幼稚園 （ ） 小学校 （ ） 中学校

■ ご同伴の保護者の方が来院にあたって都合の良い曜日、時間帯はいつですか？

曜日 AM PM

※以下の表にチェックをお願いいたします。

| | |
|-------|--|
| 妊娠・出産 | 妊娠中の経過 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常（具体的に ） 出産の経過 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常（具体的に ） 生まれた時の経過 <input type="checkbox"/> 正常（出産時体重 g） <input type="checkbox"/> 異常（具体的に ） |
| 成長・発達 | 健診や育児相談で発達について何か指摘されたことはありますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある（具体的に ） 大きな病気や手術をしたことがありますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある 歳頃（具体的に ） 歳頃（具体的に ） |
| 生活・家族 | ご家族の構成についてご記入ください。 ・一緒に住んでいる方は年齢もご記入下さい。・患者様ご本人には◎をお付け下さい。  <p>祖父 歳</p> <p>祖母 歳</p> <p>祖父 歳</p> <p>祖母 歳</p> <p>父 歳</p> <p>母 歳</p> <p>患児の姉妹・兄弟</p> <p>第一子 男・女 歳</p> <p>第二子 男・女 歳</p> <p>第三子 男・女 歳</p> <p>第四子 男・女 歳</p> <p>第五子 男・女 歳</p> |
| 備考 | ご家族で病気をされた方やアレルギーと言われた方がおいでならばご記入ください。 |