

小児問診票 (初診)



ふりがな _____ 記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
 お名前 (_____) 性別 男・女 体重 (_____) k g
 保護者氏名 (_____) 続柄 (_____)
 生年月日：平成/令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 才 _____ ヶ月) 電話番号 (_____)
 住所 (〒 _____ : _____)
 保育園・幼稚園の通園 なし ・ あり 園名・学校名 (_____)
 周囲で流行している感染症 なし ・ あり (_____)

●本日のお子様の症状についてお聞かせください。 本日の体温 (_____) °C
 機嫌 (良・不良) 睡眠 (良・不良) 食欲 (良・不良)

●当てはまる症状の□にレ点をつけ、日付など記入してください。

- 発熱 (_____ 月 _____ 日) から 最高 (_____) °C
 ★解熱剤を使用しましたか? なし・あり (_____ 月 _____ 日 : _____)
 ★解熱された日 (_____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ °C)
- 咳 (_____ 月 _____ 日) から たん (なし・あり) 悪化 (なし・あり)
 □ゼーゼー (_____ 月 _____ 日) から 悪化 (なし・あり)
 □鼻水 (_____ 月 _____ 日) から 悪化 (なし・あり)
 □のどの痛み (_____ 月 _____ 日) から _____
 □耳の痛み (_____ 月 _____ 日) から 右・左
 □嘔吐 (_____ 月 _____ 日) から 回数: _____ 回/日
 □下痢 (_____ 月 _____ 日) から 回数: _____ 回/日 性状: 水様・泥状・軟便 色 (_____)
 □腹痛 (_____ 月 _____ 日) から 痛みの場所 (_____)
 □頭痛 (_____ 月 _____ 日) から 痛みの場所 (_____)
 □発疹 (_____ 月 _____ 日) から 発疹が出ている場所 (_____)
 □その他症状・相談があればお書きください。

●現在使用している薬はありますか? いいえ・はい (薬剤名: _____)

●お薬のご希望はありますか? (シロップ・粉薬・錠剤・特になし)

・解熱剤のご希望はありますか? (飲み薬・坐薬・特になし)

→お薬手帳をお持ちの方は省略可

●今までにかかったことがある疾患に○をつけてください。

気管支炎/肺炎・中耳炎・喘息・アトピー性皮膚炎・尿路感染症・川崎病・突発性発疹
 その他 (_____)

●入院したことはありますか? いいえ・はい 病名 (_____)
 いつ頃 (_____) 病院名 (_____)

●熱性けいれん ない・ある (_____ 回) 抗けいれん薬の使用 ない・ある (薬名 _____)

●アレルギーはありますか? いいえ・はい・わからない
 食物 (_____) 薬剤 (_____) その他 (_____)