

# 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) 排尿 (普通・少ない)

●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 →右の表に熱の経過を記入してください

□咳 ( \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日) から

□鼻水 ( \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日) から

□のどの痛み ( \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日) から

□耳の痛み ( \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日) から 右・左

□嘔吐 ( \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日) 回数： \_\_\_\_\_ 回

( \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日) 回数： \_\_\_\_\_ 回

□下痢 ( \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日) 回数： \_\_\_\_\_ 回 性状：水様・泥状・軟便 色 ( \_\_\_\_\_ )

( \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日) 回数： \_\_\_\_\_ 回 性状：水様・泥状・軟便 色 ( \_\_\_\_\_ )

□腹痛 ( \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日) から

□頭痛 ( \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日) から

□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。

●希望するお薬の形状はありますか？ ( シロップ・粉薬・錠剤・特になし )

●希望する解熱剤の形状はありますか？ ( 飲み薬・坐薬・特になし・自宅に残薬がある )

●現在使用している薬 (薬剤名： \_\_\_\_\_) →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。

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) いつ頃 ( \_\_\_\_\_ )

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 ( \_\_\_\_\_ )

			解熱剤の使用	
月	日	時	°C	有/無
_____	_____	_____	_____	有/無
_____	_____	_____	_____	有/無
_____	_____	_____	_____	有/無
_____	_____	_____	_____	有/無
解熱剤の最終使用日時をご記入ください。				
_____	_____	_____	_____	分