

秘

問診票

平成 年 月 日

＊お子さまの病気を正しく診断するため、ご記入をお願い致します。

ふりがな ( ) 人兄弟の ( ) 番目 カルテのあるご兄弟に○

お名前 \_\_\_\_\_ 男 女 ご兄弟の名前と年齢 ( )

平成 年 月 日生まれ ( ) 歳 ( ) か月 体重 ( . ) kg

住所 (〒 \_\_\_\_\_ ) 電話 ( \_\_\_\_\_ )

( \_\_\_\_\_ ) 保育所・保育園・幼稚園・小学校 年生・中学校 年生

本日の来院方法  徒歩  自転車  自家用車  その他 ( \_\_\_\_\_ )

当院をお知りになったのは  ホームページ  お知り合いの紹介  近所 その他 ( \_\_\_\_\_ )

記入者 (父、母、その他 \_\_\_\_\_ ) ご署名 ( \_\_\_\_\_ )

☆症状を○で囲んでください。 来院時の体温 ( . °C)

発熱；発熱の方は別に熱型表を記入していただきます ・ けいれん ・ 鼻汁 ・ 鼻づまり  
のどの痛み ・ 咳 (乾いた 痰がらみ 吐きそうな ケンケン ゼイゼイ その他 \_\_\_\_\_ )  
嘔吐 ・ 下痢 ・ 腹痛 ・ 便秘 ・ 頭痛 ・ 発疹 (いつからどこに \_\_\_\_\_ )  
その他 ( \_\_\_\_\_ )

☆症状の経過をお書き下さい。

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

今日の機嫌  ぐったりしている  悪い  普通  
食欲  ない  まあまあ  普通  
水分は摂れていますか  摂れてない  少量  普通  
おしっこ  出てない  少ない  普通

☆他院で治療を受けていますか。医療機関名 ( \_\_\_\_\_ )  いいえ

服薬中のお薬はありますか。お薬の名前 ( \_\_\_\_\_ )  ない

☆けいれんを起こしたことはありますか。(初回と最終回の年齢 \_\_\_\_\_ 合計 \_\_\_\_\_ 回)  ない

ある方：ダイアアップ坐薬は使っていますか  はい  いいえ

☆食べ物やお薬でアレルギーはありますか。

ある ( \_\_\_\_\_ )  ない

☆出生体重 ( \_\_\_\_\_ ) g 在胎週数 ( \_\_\_\_\_ ) 週 ( \_\_\_\_\_ ) 日 産院名 ( \_\_\_\_\_ )

☆予防接種について、接種済みをおで囲んでください。

ヒブ ① ② ③ ④ 小児肺炎球菌 ① ② ③ ④ B型肝炎 ① ② ③  
四種混合 ① ② ③ ④ ロタテック ① ② ③ ロタリックス ① ② BCG①  
MR 麻疹風疹 ① ② 水痘 ① ② おたふくかぜ ① ② 日本脳炎 ① ② ③ ④ DT①  
その他 ( \_\_\_\_\_ )

☆かかった病気や入院した病気、年齢、病院名 ( \_\_\_\_\_ )  ない

☆周りで流行している病気 ( \_\_\_\_\_ ) どこで \_\_\_\_\_ )  ない

☆ご家族で 体調が悪い方はおられますか ( \_\_\_\_\_ )  いいえ

タバコを吸う方はおられますか ( \_\_\_\_\_ )  いいえ

☆その他に気がかりな事があればご記入ください。

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

◎受付スタッフに母子手帳, お薬手帳と一緒にお願いします。

母子手帳, お薬手帳は毎回お持ちください

寺口小児科クリニック