

ID

小児科 初診問診票

氏名 ふりがな \_\_\_\_\_ (男・女) 受診日：R \_\_\_\_\_ 年 月 日

生年月日：H・R \_\_\_\_\_ 年 月 日 年齢： \_\_\_\_\_ 歳 か月

通っている学校・幼稚園・保育園： \_\_\_\_\_

住所：〒 \_\_\_\_\_

自宅電話： \_\_\_\_\_

携帯電話： \_\_\_\_\_ (母・父・その他) : お名前 \_\_\_\_\_

以下の項目についてお分かりになる範囲でご記入ください

身長( \_\_\_\_\_ )cm 体重( \_\_\_\_\_ )kg

妊娠中・出生時について

♡妊娠中・出生時の異常 (なし・あり) \_\_\_\_\_

♡在胎週数( \_\_\_\_\_ 週 日) ♡出生体重( \_\_\_\_\_ g) ♡栄養(母乳・混合・ミルク)

今までにお子さまがかかれた病気について

♡大きな病気、入院、手術の経験はありますか？ あれば年齢と内容をお書きください。

(なし・あり) \_\_\_\_\_

♡アレルギーはありますか？ あれば○をつけてください。

喘息 ぜんそく ・ 鼻炎 ・ アトピー性皮膚炎 ・ 食べ物 ・ 薬剤 ・ その他( \_\_\_\_\_ )  
原因物質( \_\_\_\_\_ )

♡下記の中でかかったことのある病気はありますか？

麻疹 ・ 風疹 ・ 水ぼうそう ・ おたふく ・ 百日咳 ・ けいれん ・ その他( \_\_\_\_\_ )

♡現在治療中のび病気があれば教えてください。

(病名： \_\_\_\_\_ 医院名： \_\_\_\_\_)

家族構成について

♡ご兄弟( \_\_\_\_\_ 人中 \_\_\_\_\_ 人目)

・名前： \_\_\_\_\_ (男・女) \_\_\_\_\_ 歳 ・名前： \_\_\_\_\_ (男・女) \_\_\_\_\_ 歳

♡大きな病気、入院、手術を受けられた方はいます？(いいえ・はい) \_\_\_\_\_

♡アレルギーはありますか？ あれば○をつけてください。

喘息 ぜんそく ・ 鼻炎 ・ アトピー性皮膚炎 ・ 食べ物 ・ 薬剤 ・ その他( \_\_\_\_\_ )

当院をどのようにしてお知りになりましたか？(複数回答可)

ホームページ ・ 看板 ・ チラシ ・ 家族が受診 ・ 自宅が近い ・ その他( \_\_\_\_\_ )  
他施設から紹介( \_\_\_\_\_ ) ・ 知人からの紹介( \_\_\_\_\_ 様)

ID

## 小児科 問診票

ふりがな

氏名： \_\_\_\_\_ (男・女)

来院時体温： \_\_\_\_\_ °C

### ♡ 本日はどうされましたか？

①症状があるものに○をつけてください

発熱 (最高 \_\_\_\_\_ °C) ・ 鼻水 ・ 鼻づまり ・ 咳 ・ ゼーゼー ・ 頭痛  
おうと (1日 \_\_\_\_\_ 回) ・ 下痢 (1日 \_\_\_\_\_ 回) ・ 腹痛 ・ 便秘 ・ 皮膚の赤み

②いつからどんな症状ですか？

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

③周囲で流行している感染症があればご記入ください ( \_\_\_\_\_ )

④ご家族で体調の悪い方はおられますか？ ( \_\_\_\_\_ )

⑤新型コロナの濃厚接触者にあたりますか？ (いいえ・はい)  
はいの場合→ (いつ・どこで： \_\_\_\_\_ )

### ♡ 当院以外での受診がある場合はご記入ください

①すでに診断を受けている病名はありますか？

(病名： \_\_\_\_\_ 時期： \_\_\_\_\_ 頃から)

②他院で処方されている薬はありますか？

(なし・あり： \_\_\_\_\_ )

### ♡ コロナワクチン接種歴があればご記入ください

(1回目 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日) (2回目 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日) (3回目 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日)