

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)

本日の緊急連絡先(携帯)： _____ (母・父・ _____ :お名前 _____)

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
おとと (1日 _____ 回) ・ 下痢 (1日 _____ 回) ・ 腹痛 ・ 便秘 ・ 皮ふの赤み

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： _____)