

ID

小児科 初診問診票

ふりがな
氏名 _____ (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

来院時体温： _____ °C

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： _____)

♡現在他院で処方されている薬はありますか？ (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・鼻炎・アトピー性皮膚炎・食べ物・薬剤・その他(_____)

♡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(_____)

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・のどの痛み
おうと(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： _____)

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か？(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・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・バス広告・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)