

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 発熱外来問診票

ふりがな

氏名： \_\_\_\_\_ (男・女) 年齢： \_\_\_\_\_ 歳 月 体重： \_\_\_\_\_ kg

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

通っている学校・幼稚園・保育園： \_\_\_\_\_

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： \_\_\_\_\_ )

### ♡ 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)