

# 問診票

受診日 平成 年 月 日

お名前 \_\_\_\_\_

生年月日 平成 年 月 日

\_\_\_\_ 歳・ヶ月 性別 男・女 体重 \_\_\_\_\_ kg

☆本日はどのような症状で受診されましたか？あてはまる項目にチェックをつけてください。

□発熱 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から 最高 \_\_\_\_\_ °C 現在の熱 \_\_\_\_\_ °C

発熱でぐったりしていますか？  はい  いいえ

□咳 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から

コンコン  ゴホゴホ  ゼエゼエ  ケンケン

(お咳の出る方はマスク着用のご協力をお願いしております。)

マスクができない月齢のお子様の場合は、咳をする時にハンカチ等で口元を押さえてください。)

□鼻水 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から  水鼻  青鼻  鼻づまり

□痛み \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から

頭  のど  おなか(最後に排便があった日は \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日)

耳の中  耳の下  その他( \_\_\_\_\_ )

□吐き気 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から

□吐く \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 時頃から \_\_\_\_\_ 回

水分はとれますか？  はい(少量でも可)  いいえ

ぐったりしていますか？  はい  いいえ

□下痢 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から

泥状  水様  すっぱいにおいがある  白色

□発疹 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から

頭・顔  首  胸・おなか  手  背中  おしり  足

水ぼうそうにかかった事がありますか？ はい \_\_\_\_\_ 歳頃  いいえ

□その他の症状 \_\_\_\_\_

☆水ぼうそう、おたふく風邪の症状がありますか？  はい  いいえ

☆現在、他の医療機関を受診していますか？  はい  いいえ

☆現在、薬を飲んでいますか？  はい  いいえ

「はい」とお答えの方は、診察室で医師にお薬手帳をみせてください。

南大沢メディカルプラザ 小児科

# 問診票 2

記入日 平成 年 月 日

お名前 \_\_\_\_\_

郵便番号 〒 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

自宅電話 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ 学校(幼稚園、保育園)

携帯電話 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

☆ 出生歴

出生時体重 \_\_\_\_\_ g 在胎週数 \_\_\_\_\_ 週

★ 出生時に何か問題はありましたか？

いいえ  はい \_\_\_\_\_

☆ 既往歴

今まで病気で入院されたことはありますか？

いいえ  はい \_\_\_\_\_ 頃 \_\_\_\_\_ で

喘息、アトピー性皮膚炎、中耳炎、心臓病などの既往はありますか？

いいえ  はい \_\_\_\_\_

食べ物、花粉等のアレルギーはありますか？

いいえ  はい \_\_\_\_\_

痙攣を起こしたことはありますか？

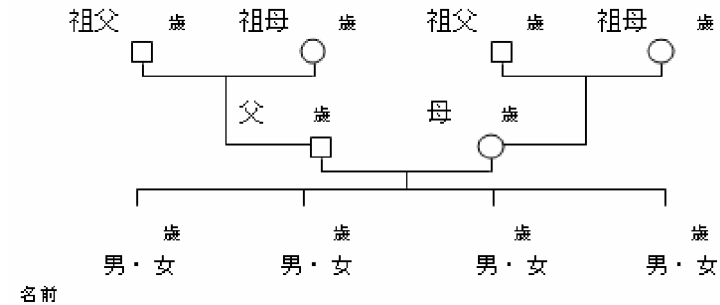
いいえ  はい \_\_\_\_\_ 歳頃から \_\_\_\_\_ 回

使用している薬 \_\_\_\_\_

☆ 家族歴

一緒に暮らしている家族のみ年齢を記入してください。

大きな病気をされたことがある方は病名を記入してください。



受診するお子様本人も記入してください。