

問診票 2

ふりがな _____

お名前 _____

〒 _____

住 所 _____

自宅電話 _____ 学校(幼稚園・保育園) _____

携帯電話 _____

☆出生歴

出生体重 _____ 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 _____

★痙攣をおこしたことはありますか？

☐ いいえ ☐ はい _____ 歳頃 _____ 回

_____ 使用している薬 _____

☆アルコール綿で皮膚が赤くなったりかぶれたことがありますか？

☐ いいえ ☐ はい _____

☆お薬で発疹や蕁麻疹がでたり、体の具合が悪くなったことはありますか？

☐ いいえ ☐ はい _____

☆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。

祖父 _____ 歳 祖母 _____ 歳 祖父 _____ 歳 祖母 _____ 歳

父 _____ 歳 母 _____ 歳

_____ 歳 _____ 歳 _____ 歳 _____ 歳

男・女 男・女 男・女 男・女

名前 _____

受診日

問診票

お名前 _____ 体重 _____ kg 最近測っていない場合は計測をお願いします。

生年月日 _____ 平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 歳 _____ ヶ月 性別 男 ・ 女

1.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 午前 _____ 午後 _____ 時から _____ 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

咳が多くなる時間は？ ☐ 明け方 ☐ 日中 ☐ 夕方 ☐ 寝る前 ☐ 夜中 ☐ 1日中

夜は寝られましたか？ ☐ はい ☐ いいえ

☐ 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 最後に吐いたのは？ _____ 日 _____ 時頃

吐いた物は？ ☐ 食べたもの ☐ 飲んだもの ☐ 黄色い水のようなもの

水分はとれますか？ ☐ はい(少量でも可) ☐ いいえ

☐ 下痢 _____ 月 _____ 日から

☐ 泥状 ☐ 水様 ☐ すっぱいにおいがある ☐ 腐ったようなにおい ☐ 白色 ☐ 血液が混じっている

☐ 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 _____

☆☆☆ ここから下の質問は全員お答えください ☆☆☆

・37.5度以上の熱が2日以上続いていますか？ ☐ いいえ ☐ はい _____ 月 _____ 日 から

・ご家族や周囲で流行っている病気はありますか？ ☐ なし ☐ あり _____

2.現在、他の医療機関に通院していますか？ ☐ いいえ ☐ はい 医療機関名： _____

治療内容： _____

3.他の医療機関からの紹介状を持っていますか？ ☐ いいえ ☐ はい

4.今までに、大きな病気や手術をした事がありますか？ ☐ いいえ ☐ はい _____

5.現在、薬を飲んでいますか？ ☐ いいえ ☐ はい

「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。

6.食べ物や薬のアレルギーはありますか？ ☐ いいえ ☐ はい _____

7.お薬について希望はありますか？ ☐ シロップ ☐ 粉 ☐ 錠剤 ☐ 1日2回 ☐ 1日3回

8.マイナ保険証(マイナンバーカード)の健康保険証利用による情報取得に同意しますか？ ☐ はい ☐ いいえ

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

※ご記入後は受付までお持ちください。

南大沢メディカルプラザ2 小児科