

# 問診票 2

記入日 令和 年 月 日

平成

生年月日 令和 年 月 日

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 \_\_\_\_\_ まで

★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 \_\_\_\_\_

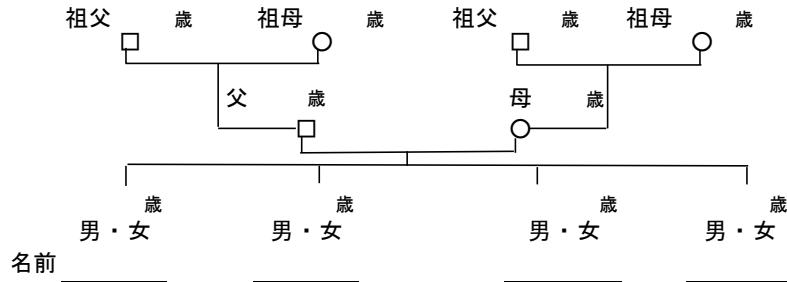
★痙攣をおこしたことはありますか？  
 いいえ  はい \_\_\_\_\_ 歳頃 \_\_\_\_\_ 回  
使用している薬 \_\_\_\_\_

☆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。



※受診するお子さま本人もご記入ください。

# 問診票

受診日 令和 年 月 日

お名前 \_\_\_\_\_

平成

生年月日 令和 年 月 日

\_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ ヶ月 性別 男・女 体重 \_\_\_\_\_ kg 最近量っていない場合は計測をお願いします。

☆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  
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 □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 \_\_\_\_\_

・周囲ではやっている病気はありますか？  なし  あり \_\_\_\_\_

・最近、家族で体調の悪い方はいましたか？  いない  いる \_\_\_\_\_

<下記にもご記入お願いします。ご記入後は受付までお待ちください。>

☆現在、本日の症状または別の症状で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。

☆食べ物や薬のアレルギーはありますか？  
 いいえ  はい \_\_\_\_\_

☆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

<住所・電話番号に変更のある方はご記入ください>

住所 〒 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_ 携帯番号 \_\_\_\_\_