

小児科問診票（初診用）

ID: _____ 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

フリガナ お名前	男 女	年齢: _____ 歳 H・R _____ 年 _____ 月 _____ 日	カ月 日	体重: _____ kg
ご住所:	〒 _____			
電話:	自宅 (_____)		携帯 (_____)	
◆1ヶ月以内に新型コロナウイルスの流行している地域や国へ行きましたか？ (はい、いいえ)				
◆1週間以内にインフルエンザの流行している地域や国へ行きましたか？ (はい、いいえ)				
◆家族や身近な方で、最近、新型コロナウイルスやインフルエンザにかかった方はおられますか？ (はい、いいえ)				
◆今日はどうなさいましたか？ あてはまる症状に○をされ、それはいつ頃からかご記入下さい。				
*発熱: いつ頃から? _____ 最高 _____ °C *頭痛: いつ頃から? _____				
*せき・ゼーゼー: いつ頃から? _____ 程度は?: 眠れる、時々起きる、眠れない				
*鼻水・鼻づまり: いつ頃から? _____ 水っぱな、時々青っぱな、いつも青っぱな				
*腹痛: いつ頃から? _____ 程度は?: 眠れる、時々起きる、眠れない				
*吐き気・嘔吐: いつ頃から? _____ 何回位吐きましたか? 大体 _____ 回				
*下痢: いつ頃から? _____ 一日何回位? _____ 回 色や臭いは? _____				
*発疹 (ぼつぼつ): いつ頃から? _____ 体のどこに? _____				
*ひきつけ: いつ? _____ 何回目? _____ 回目 ひきつけの時 (熱があった、熱はなかった)				
*その他: _____				
◆今回何かお薬を飲みましたか？ (はい、いいえ) 他の病院にかかりましたか？ (はい・いいえ)				
◆御家族や周囲の方で、同様の症状の方はいらっしゃいますか？ (はい: どなた? _____ ・いいえ)				
◆薬は飲めますか？ (飲める・苦手・ほとんど飲めない) (ご希望は? シロップ・粉末・錠剤)				
◆解熱剤の処方を希望されますか？ (はい・いいえ) (ご希望は? 坐薬・シロップ・粉末・錠剤)				

◆妊娠・分娩中に何か異常はありましたか？ (なかった・あった: _____)		
出生時体重は? _____ グラム 出産予定日より _____ 日 (早かった、遅かった)		
◆乳幼児健診で何か異常を指摘されたことがありますか？ ある場合、それはどのような事ですか？ (_____)	ない	ある
◆薬、注射、食物などでアレルギー反応を起こしたことがありますか？ それは何による、どのような反応でしたか？ (_____)	ない	ある
◆今までに、入院するような大きな病気にかかったことがありますか？ どのような病気でしたか？ (_____)	ない	ある
◆下記のなかで、これまでにかかったことのある病気に○をつけて下さい。 麻疹(はしか) 風疹 水ぼうそう おたふく 突発性発疹 百日咳 クループ 喘息(喘息っぽい) アトピー性皮膚炎 食物アレルギー 熱性けいれん てんかん		
◆これまでに受けた予防接種に○をつけて下さい。(できれば回数も記載下さい)		
・ロタワクチン (_____ 回) ・B型肝炎 (1回、2回、3回) ・ヒブ (1回、2回、3回、4回)		
・肺炎球菌 (1回、2回、3回、4回) ・4種混合 (1回、2回、3回、4回) ・BCG		
・MR (麻疹風疹混合) (1回、2回) ・水ぼうそう (1回、2回) ・おたふく (1回、2回)		
・日本脳炎 (1回、2回、3回、4回) ・DT (二種混合) ・その他;		
◆御家族や4親等以内の親族の方で、次の病気にかかったことのある方はいらっしゃいますか？		
心臓病 (_____) 腎臓病 (_____) けいれん (_____)		
アレルギー性疾患 (_____) その他の大きな病気 (_____)		
◆どちらに通っていますか？ (任意回答) _____ 保育園 _____ 幼稚園 _____ 小・中学校		
◆兄弟・姉妹はいらっしゃいますか？ 兄 (_____) 人、姉 (_____) 人、弟 (_____) 人、妹 (_____) 人		