

初診 小児科 問診票

お名前／漢字（ふりがな）..... 生年月日 年 月 日（満 歳）

現住所 〒..... 性別：男・女

連絡先 自宅 TEL..... FAX 番号.....

携帯 TEL.....

体重..... kg

来院時の体温

1. 今日、一番気になる事、心配な事をお聞かせください。

2. お子さんの様子をお聞かせください。それはいつからですか？

発熱：.....℃
咳：.....多い 少ない なし
息づかい：.....辛そう 少し辛そう 普通
鼻水：.....あり（透明・白色・黄色） なし
鼻づまり：.....あり なし
頭痛：.....あり なし
腹痛：.....あり なし
嘔吐：.....あり（今日 回 昨日 回） 内容物：食べたもの・胃液（透明） 黄色
下痢：.....1日 回
発疹：.....場所 かゆみ あり なし
その他（具体的に、どうぞ。）

3. 今の様子

機嫌（良い まあまあ 悪い ぐったり） 睡眠（十分 まあまあ 時々起きる 眠れない）
食欲（100% 70% 50% 30% 0%） 水分（100% 70% 50% 30% 0%）
最後のおしっこ確認（.....） 十分出ている 少ない 全く出ていない

4. 下記の病気にかかったことはありますか？

喘息 肺炎 腎臓病 熱性けいれん てんかん 心臓病 その他（.....）

5. 今現在、服用（使用）している薬はありますか？

はい（.....） いいえ

6. 今までに薬を飲んで具合が悪くなったことはありますか？

はい：薬名（.....） いいえ

7. 薬以外（食べ物等）のアレルギーはありますか？

はい：具体的に（.....） いいえ

8. 当院をどちらで知りましたか？

インターネット 看板 知人・家族からのご紹介 その他（.....）