小児科初診問診票 （記入日　　年　　月　　日）

ふりがな			生年月日	電話番号（連絡がつきやすい電話）
お名前		男・女	年　月　日（　歳　か月）	
ご住所	〒			
体重　kg	体温　℃(解熱剤使用　なし　・　あり　最後の投与　時間前)			

当院はカルテ取違え防止目的にお写真を撮らせていただいております。写真撮影が難しい場合はスタッフへお伝え下さい。

お薬について

1. 内服可能なお薬の種類(粉薬・シロップ・錠剤・どれでも可)　飲み方の希望(なし・昼は飲めない)
   解熱剤の希望に関して(座薬・粉薬・錠剤・可能な限り使用したくない)
2. 現在使っているお薬はありますか？(あり・なし)
   ありの方でお薬手帳のない方はわかる範囲でお薬を書いてください(　　)
3. お薬または食べ物のアレルギーはありますか？(あり・なし)　ありの場合(具体的に　　)

- 兄弟（姉妹）はいらっしゃいますか？(いる・いない)　いるの場合(　人兄弟の　番目)
- 通園・通学中の方は園名・校名をご記入ください。(　　)

本日はどうされましたか？(症状)

発熱　いつから(　　)　最高体温　　℃
咳　いつから(　　)　痰がらみ・乾いた咳・ゼーゼー　程度(少し・多い・咳で吐く・咳で起きる)
鼻水　いつから(　　)　さらさら・ネバネバ・鼻づまり　程度(少し・多い)
痛み　いつから(　　)　頭・のど・おなか・ふしぶし・その他　程度(弱い・強い)
嘔吐　いつから(　　)　回数(1日　回)　最後にはいた時間　時頃
下痢　いつから(　　)　回数(1日　回)　形状(水様・泥状・軟便)　色(黄茶色・白色・血が混ざる)
発疹　いつから(　　)　場所(頭・顔・手・足・おなか・背中・おしり・その他)　かゆみ(あり・なし)
その他(　　)

今のお子さんの様子を教えてください

1. 機嫌(いつも通り・やや悪い・悪い)　2. 水分(いつも通り・通常の半分程度・通常の半分以下)
3. 睡眠(いつも通り・やや浅い・眠れない)　4. 食欲(いつも通り・通常の半分程度・通常の半分以下)
5. おしっこ(いつも通り・少ない・出ていない　最後のおしっこ　時頃)

お子さんの周りの様子を教えてください

1. 家族の中で今具合の悪い人はいますか？(いる・いない)　いる場合その症状(　　)
2. 家族の中でけいれんをおこしたことのある人はいますか？(いる・いない)
3. 通園・通学中の施設ではやっている病気はありますか？(　　)

今までにかかった病気について

1. 今までに大きな病気や入院をしたことの有無、及び現在治療中の病気はありますか？(あり・なし)
   ありの場合(　　)
2. けいれん(ひきつけ)をおこしたことはありますか？(あり・なし)
   ありの場合　(今まで計　回)　けいれんの薬(あり・なし)

予防接種について(今まで受けた予防接種に〇をつけて下さい。接種回数も書いてください。)

B型肝炎　ヒブ　肺炎球菌　四種混合　三種混合　BCG　ポリオ
日本脳炎　水痘　おたふくかぜ　MR(麻疹風疹)　ロタ　子宮頸がん

当院をどこでお知りになりましたか？

知人　看板　ネット　その他