

問診表 (小児科 初診用)

はぶ小児科・内科

お名前でお呼び出ししてよろしいでしょうか？ (はい・いいえ)

ID _____ 体温(_____ °C) 体重(_____ Kg) (受診日) 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

フリガナ

お名前 _____ (男・女)

昭・平 _____ 年 _____ 月 _____ 日生(_____ 才)

ご住所 〒(_____)

_____ 都・道・府・県 _____ 区・市

TEL(_____) 携帯(_____)

◎出生時の状態：出生体重： _____ g 在胎週数： _____ 週 _____ 日

正常分娩 帝王切開 その他の異常分娩 (_____)

1. いつから、どのような症状ですか？

発熱 月 _____ 日から (_____ 月 _____ 日に 最高 _____ °C)

咳 月 _____ 日から (ひどくなっている・変わらない・良くなっている)

鼻水 月 _____ 日から (ひどくなっている・変わらない・良くなっている)

吐く 月 _____ 日 _____ 時頃から _____ 回 (ひどくなっている・変わらない・良くなっている)

下痢 月 _____ 日から _____ 日 _____ 回 (ひどくなっている・変わらない・良くなっている)

痛み 月 _____ 日から 頭 のど おなか 耳 その他(_____)
(ひどくなっている・変わらない・良くなっている)

発疹 月 _____ 日から 頭・顔 首 胸・おなか・背中 手・足 おしり
(ひどくなっている・変わらない・良くなっている)

その他の症状

◎水分摂取 (いつもどおり・やや少ない・少ない) ◎食事摂取 (いつもどおり・やや少ない・少ない)

◎副作用・アレルギーについて：なし・あり→薬(薬名 _____)・食べ物(牛乳・卵・他 _____)

2. 今回の症状についてどこかで治療や投薬を受けたことがありますか？

ない・ある 病院名(_____)薬名(_____)

3. 他の病気で現在、受けている治療やお薬があれば教えてください

ない・ある (病名 _____) 病院名(_____)薬名(_____)

お薬手帳をお持ちの方はご提示ください。

◎内服可能なお薬の形：水薬 粉薬 錠剤またはカプセル

◎来院の1か月以内に予防接種を受けましたか？ いいえ・はい (予防接種名： _____)

◎今までにかかった病気 けいれん(熱性・無熱性) その他(病名： _____)

どちらで、当クリニックをお知りになりましたか？

紹介(_____ 様)・ホームページ・看板・通りがかり・その他

ご家族で当院の診察を受けたことがありますか？ (はい・いいえ)

※はいの方に伺います→ 患者様名(_____) 続柄(_____)

他にございましたらご記入ください。