

小児科問診票 (初診)

受診日:

付き添い: 父・母・祖父・祖母・ _____

ふりがな お名前	男 ・ 女	生年月日	年	月	日
		兄弟姉妹	人中	番目	
ご住所	〒 _____				
電話番号	携帯: _____		自宅: _____		
集団生活	<input type="checkbox"/> なし				
	<input type="checkbox"/> あり _____ 保育園・幼稚園・小学校				

本日はどうなさいましたか?

体温: _____ °C 体重: _____ kg *待合室の体重計で測定できない方は処置室で測定しますので、受付にお声がけください

予防接種

健康診断

診察希望 _____ 月 _____ 日から

熱 咳 鼻水

嘔吐: _____ 回/日 下痢: _____ 回/日 発疹

その他: _____

• 食欲: ある まあまあ ない

• 活気: ある まあまあ ない

周りで同じ症状の人はいますか? 流行している病気はありますか?

いいえ はい: _____

他院で治療を受けていますか? お薬手帳をお持ちの方は提出してください

いいえ はい 病名: _____

くすり: _____

一緒に、ご家族の病気・予防接種相談で受診の希望はありますか?

いいえ はい: 受診者名 _____

*服を脱ぎやすくして、準備をお願いします

*診察前に、ミルクやお菓子などをあげないようにしてください

以下のことについて、お分かりになる範囲で記入してください

妊娠 _____ 週、 _____ g で出生

出生時や健診時などに、なにか指摘を受けたことはありますか?

いいえ はい 内容: _____

今まで大きな病気にかかったことはありますか?

けいれん (熱なし・熱あり): _____ 回

入院歴 病名: _____

その他 病名: _____

アレルギーはありますか?

いいえ はい

食物: _____

くすり: _____

その他: _____