　　　　　　　　　　　　　　　小児科問診票　　　　　記入日：　　 　年　 　月　　 日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 診察券番号 | ※ | 本日の体温 | ℃ | 体重 | ｋｇ |
| フリガナ |  | 男  ・  女 | 平・令　　　　 　年　　　　月　　　日  （　　　 才　　　ヶ月） | | |
| 氏名 |  |
| 住所 | （〒　　　－　　　　　） | | | | |
| 電話番号 | （携帯） | | | | |
| アレルギー | 食べ物やお薬、注射などでじんましんなどのアレルギーが出たことはありますか？  ◻︎なし　◻︎食べ物（　　　　　　　　　）◻︎薬（　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |

|  |
| --- |
| 本日はどうなさいましたか？ 　　　　　　　　◻︎健診　　　　　　　　◻︎予防接種  ◻︎熱（最高体温　　　　℃　いつ　　　　）◻︎鼻水 　◻︎せき 　◻︎のどの痛み 　◻︎ゼイゼイする  ◻︎頭痛　◻︎腹痛 ◻︎　吐き気・嘔吐 ◻︎下痢 ◻︎ ◻︎耳の痛み ◻︎目やに発疹　◻︎便秘　　◻︎その他（　　　　　　　　　　　　） |
| 症状はいつ頃からありますか？　　約（　　　　）日・週間・ヶ月・年前から |
| 元気さや食欲はどうですか？  元気さ　（◻︎元気　◻︎まずまず元気　◻︎少ししんどい　◻︎ぐったり）  食欲　　（◻︎いつも通り　◻︎いつもより少なめ　◻︎全くなし）  水分　　（◻︎いつも通り　◻︎いつもより少なめ　◻︎全くとれない） |
| 現在、飲んでいるお薬はありますか？  ◻︎なし　◻︎あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| どんな種類の薬が飲めますか？  ◻︎シロップ　◻︎粉薬　◻︎錠剤またはカプセル　◻︎どれでも大丈夫 |
| ご希望される項目があれば選択してください  ◻︎お薬の変更　◻︎検査　◻︎登園（登校）許可証　◻︎診断書　◻︎その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| これまでにかかった病気はありますか？  ◻︎なし　◻︎不明　◻︎突発性発疹　◻︎熱性けいれん　◻︎水ぼうそう　◻︎おたふくかぜ　◻︎麻疹　◻︎風疹　◻︎喘息  ◻︎アトピー性皮膚炎　◻︎その他（　　　　　　　　） |
| 出生時の様子で報告しておきたいことがあればお書き下さい  ◻︎正常分娩　◻︎異常分娩　◻︎帝王切開　◻︎その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 今まで受けた予防接種を選んでください（わかる範囲で結構です）  ◻︎ヒブ　◻︎小児肺炎球菌　◻︎B型肝炎　◻︎ロタ　◻︎四種混合　◻︎BCG　◻︎MR（麻疹・風疹）　◻︎水痘  ◻︎おたふくかぜ　◻︎日本脳炎　◻︎インフルエンザ　◻︎その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 当院をどちらでお知りになりましたか？  ◻︎インターネット　◻︎看板　◻︎知人　◻︎通りがかり　◻︎その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） |

※ご協力ありがとうございました。

当院は、正確な情報を取得・活用することで、より質の高い医療の提供に努めています。

マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。