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。