

小児問診票（初診）

ふりがな

お名前（ ） 性別 男・女 お子様の現在の体重（ ） kg
生年月日 平成 年 月 日（ 歳） 連絡先（ ）
住所（〒 ）
保育園・幼稚園の通園（あり・なし） 園名（ ） 学校名（ ）
周囲で流行している病気（ ）

当院をどちらでお知りになりましたか？（複数回答可） あてはまる項目に○をつけて下さい。

- ・通園施設での案内やリーフレットを見て
- ・家族が通院中
- ・知人や友人の紹介
- ・電話帳
- ・通りがかり
- ・電柱広告などを見て
- ・インターネット(PC・スマホ)
- ・他医療機関からの紹介
- ・その他

●今までにかかった病気 あてはまる項目に○をつけて下さい。


- ・気管支炎／肺炎
- ・中耳炎
- ・喘息
- ・アトピー性皮膚炎
- ・尿路感染症
- ・川崎病
- ・突発性発疹
- その他（ ）

●入院したことはありますか？ いいえ・はい 病名（ ）
いつ頃（ ） 病院名（ ）

●熱性けいれん（ ）回 抗けいれん薬の使用 なし・あり（薬名 ）

●アレルギーはありますか？ なし・あり・わからない
食物（ ） 薬剤（ ） その他（ ）

●現在使用している薬ありますか？ いいえ・はい（薬名 ）

●お薬の希望はありますか？ シロップ・粉薬・錠剤  ※お薬手帳お持ちの方は省略可

本日のお子様の症状についてお聞かせください。 本日の体温（ ）℃

機嫌（良・不良） 睡眠（良・不良） 食欲（良・不良）

- 発熱（ ）日前から ★解熱剤のご希望は？ なし・あり（粉薬・シロップ・錠剤・坐薬）
- 咳（ ）日前から たん（なし・あり） 悪化（なし・あり）
- ぜーぜー（ ）日前から 悪化（なし・あり）
- はなみず（ ）日前から 悪化（なし・あり）
- のどの痛み（ ）日前から
- 耳の痛み（ ）日前から（右・左）
- 嘔吐（ ）日前から 回/日 悪化（なし・あり）
- 下痢（ ）日前から 回/日（水様・泥状・軟便）色（ ）悪化（なし・あり）
- 腹痛（ ）日前から 痛みの場所（ ）悪化（なし・あり）
- 頭痛（ ）日前から 痛みの場所（ ）悪化（なし・あり）
- 発疹（ ）日前から 発疹出ている場所（ ）悪化（なし・あり）
- 誤飲 いつ（ ）何（ ）を、どれくらい（ ）飲んだ/食べた
- その他症状があればお書きください。

（

）