

カルテ番号

小児科初診問診票

年 月 日

住所〒 _____

電話 _____ 連絡先 _____

氏名 _____ 性別 _____

生年月日 平成 _____ 年 月 日 年齢 歳 か月

1. 当院を利用されることが前にありましたか はい いいえ
体に発疹・水疱ができたり、耳の下が腫れたり、**流感**と思われる人は、**受付に申し出て**ください。**離れてお待ち**いただきます
2. 今日はどのような相談でお越しになりましたか。

3. 症状はいつからですか。 体温 (度) 体重 (kg)

症状	あり○	なし×	いつから
① 熱			
② 咳・痰			
③ 鼻水			
④ 下痢			
⑤ 嘔吐・嘔気			
⑥ ゼイゼイ			
⑦ 発疹			
⑧ その他			

4. 熱性けいれんを起こしたことがありますか
いいえ () はい () 家族にいる ()
5. 薬・食べ物のアレルギーがありますか ない () あり ()
6. 入院・手術などの既往歴 ない () あり ()
7. 希望する薬を教えてください 水薬 () 粉薬 () 錠剤 ()
8. お昼の薬なし、1日2回を希望しますか いいえ () はい ()
9. 解熱剤を希望されますか いいえ () はい ()
10. 接種したワクチンや罹った病気
ポリオ BCG 三混 麻疹・風疹 日脳 ヒブ 肺炎球菌 水痘 おたふくかぜ