

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