

# 小児初診問診票

受診日 平成 年 月 日

フリガナ お子様のお名前	才	記入された方のお名前(続柄)
生年月日 平成 年 月 日 生まれ		
〒 - 住所		
TEL 自宅 - - 携帯 - -		★必ずご記入をお願いします

★お分かりになる範囲で、次の質問にお答えください(□の中に✓してください)

## 1. 本日はどうされましたか?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 熱がある( 日頃から。最高 °C)      | <input type="checkbox"/> 解熱剤を使用した( : 頃) |
| <input type="checkbox"/> 咳が出る                   | <input type="checkbox"/> 痰が出る           |
| <input type="checkbox"/> 鼻水が出る                  | <input type="checkbox"/> のどが痛い          |
| <input type="checkbox"/> 下痢をしている( 日頃から。 回/日くらい) | <input type="checkbox"/> 便秘である( 日くらい)   |
| <input type="checkbox"/> お腹が痛い                  | <input type="checkbox"/> 吐き気やおう吐がある     |
| <input type="checkbox"/> 食欲がない                  | <input type="checkbox"/> 水分がとれない        |
| <input type="checkbox"/> 発疹(ブツブツ)が出ている          | <input type="checkbox"/> その他( )         |

## 2. アレルギーについてお聞きします

- お薬や注射で発疹(ブツブツ)が出たり、気分が悪くなった事がありますか?  
 ない  ある( )
- 食べ物で発疹(ブツブツ)が出たり、気分が悪くなった事がありますか?  
 ない  ある( )

## 3. 予防接種は済みましたか?

- |                              |                              |                                    |                                       |                               |
|------------------------------|------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> BCG | <input type="checkbox"/> ポリオ | <input type="checkbox"/> DPT(三種混合) | <input type="checkbox"/> MR(はしか・風疹混合) | <input type="checkbox"/> はしか  |
| <input type="checkbox"/> 風疹  | <input type="checkbox"/> ヒブ  | <input type="checkbox"/> プレベナー     | <input type="checkbox"/> 水ぼうそう        | <input type="checkbox"/> おたふく |

## 4. 今までにかかった病気はありますか?

- |                                 |                              |                               |  |                               |
|---------------------------------|------------------------------|-------------------------------|--|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 突発性発疹  | <input type="checkbox"/> はしか | <input type="checkbox"/> 風疹   | <input type="checkbox"/> 水ぼうそう         | <input type="checkbox"/> おたふく |
| <input type="checkbox"/> 熱生けいれん | <input type="checkbox"/> 喘息  | <input type="checkbox"/> アトピー | <input type="checkbox"/> 花粉症(アレルギー性鼻炎) |                               |
| <input type="checkbox"/> その他( ) |                              |                               |  |                               |

## 5. 現在、他院で治療中または投薬を受けていますか?

- いいえ
- はい(病名: )  
お薬手帳またはお薬リストをお持ちでしたら、恐れ入りますがご提出ください。  
コピーさせていただきます。尚、診療以外には使用致しません。

## 6. お薬についてお聞きします

- |                                   |                                   |  |
|-----------------------------------|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 粉薬は飲めない  | <input type="checkbox"/> 錠剤は飲めない  | <input type="checkbox"/> シロップ(水薬)は飲めない |
| <input type="checkbox"/> 熱さましが欲しい | <input type="checkbox"/> トローチが欲しい | <input type="checkbox"/> うがい薬が欲しい      |

## 7. その他、ご心配な事、ご相談されたい事などご記入ください。

★ご協力ありがとうございました。記入された問診票は受付窓口へお渡しください。  
尚、高熱でぐったりしている・吐き気が強い・ブツブツが出ているなどの感染症が疑われる場合はお申し出ください。