

問診票(小児用)

この問診票はお子さんの状態を知り、診察をスムーズに行うものです。ご記入して受付にお出し下さい。

ふりがな

氏名:

性別:男・女

生年月日: 年 月 日

年齢: 才 ケ月

住所:〒

TEL:自宅 ()

:携帯 ()

☆帰省中の方はご連絡先もご記入下さい

住所:〒

TEL: ()

1. 現在他院で治療を受けていますか?

はい(病名:)

(内服している薬名:)

いいえ

2. アレルギーがあれば○をつけてください。

☆喘息 ☆アトピー性皮膚炎 ☆喘息様気管支炎

☆じんましん ☆花粉症(アレルギー性鼻炎・アレルギー性結膜炎)

☆飲み薬のアレルギー (名前:)

☆注射のアレルギー (名前:)

☆食物のアレルギー (内容:)

☆その他のアレルギー (内容:)

3. 今までに大きな病気・けが・手術をしたことがありますか?(未熟児だった方もご記入下さい)

はい(病名:) 年齢: ()

いいえ

4. ひきつけをおこしたことありますか?

はい・・・その時に熱はありましたか? (°C) • 热はなかった

いいえ

5. 今までにかかった病気・済んでいる予防接種に○をつけてください。

★麻疹(かかった・予防接種をした) ★風疹(かかった・予防接種をした)

★水痘(かかった・予防接種をした) ★おたふくかぜ(かかった・予防接種をした)

★百日咳(かかった・予防接種をした) ★結核(かかった・予防接種をした)

★溶連菌(かかった)

6. 兄弟・両親・祖父母・お近い親戚で下記の病気・アレルギーがあれば○を

つけてください。(カッコ内に関係をご記入ください)

☆喘息() ☆アトピー性皮膚炎() ☆喘息様気管支炎()

☆じんましん() ☆花粉症() ☆薬アレルギー()

☆食物アレルギー() ☆その他のアレルギー() ☆大きな病気()

7. 岩間こどもクリニックをどこでお知りになりましたか?

()

問診票

残

フリガナ
名前 _____ 様(男・女)年齢 _____ 歳 _____ カ月 体重 _____ kg

本日の体温 _____ °C

看護師記入欄

妊娠 +、- / 授乳 +、-

周囲流行 -、+()

予注 未、 回済

SpO2 %、HR 回/分

下記のあてはまる項目に記入してください

今回の症状で初めて受診の方	前回受診時と比べて(再診の方)
発熱 月 日～ 日まで 自宅に解熱剤(熱冷まし・カロナールなど)はありますか (持ってる・持っていない) *発熱がある方は、体温表にもご記入ください	発熱 あり・なし 自宅に解熱剤(熱冷まし・カロナールなど)はありますか (持ってる・持っていない) *発熱がある方は、体温表にもご記入ください
咳 月 日～ (乾いている・湿っている)	咳 増加・変わりなし・減少・なし
鼻水 月 日～ (透明・白色・黄色・緑色)	鼻水 増加・変わりなし・減少・なし
喉の痛み 月 日～	喉の痛み悪化・変わりなし・改善・なし
腹痛 月 日～ (最終排便 月 日)	腹痛 あり・変わりなし・なし
下痢 月 日～ (便の性状:水様、泥状、軟便) (1日 回)	下痢 悪化・変わりなし・改善・なし (便の性状:水様、泥状、軟便) (1日 回)
嘔吐 月 日～ (1日 回) 最終嘔吐→ 月 日 時 分	嘔吐 あり(1日 回)・なし 最終嘔吐→ 月 日 時 分
発疹 あり(月 日～部位)・なし	発疹 増加・変わりなし・改善・なし
頭痛 月 日～	頭痛 あり・変わりなし・なし
食欲 なし・少ない・ふつう	食欲 なし・少ない・あり
水分 飲めない・少ない・飲める	水分 飲めない・少ない・飲める
尿量 少ない・ますます・ふつう	尿量 少ない・ますます・ふつう
元気 なし・ますます・あり	元気 なし・ますます・あり
機嫌 悪い・ますます・よい	機嫌 悪化・ますます・よくなつた

<その他、気になること>

※検査・お薬の処方・書類の作成をご希望の方は当てはまるものに○をおつけください

() 検査結果(尿・アレルギー・血液型・抗体・その他: _____)

() 検査希望(血液型・アレルギー・その他: _____)

() 希望処方薬(喘息の定期処方薬・その他: _____)

() 書類の記入希望
(学校生活管理指導表・登園許可書・治癒証明書・健康診断書・その他: _____)