

診 療 申 込 書												
フリガナ					年齢	性別	男性		・	女性		
名前					歳 ヶ月	生年月日	大正	昭和	年	月	日	
			平成									
住所	〒											
自宅電話					携帯電話							
*来院のきっかけを教えてください。(複数回答可)												
クリニック看板・チラシ・雑誌記事・近居・家族知人紹介・他院紹介・HP・その他( )												

# 小児科問診票（初診）

記入日 月 日

お名前 \_\_\_\_\_ 男・女 年齢 歳 ヶ月

身長 \_\_\_\_\_ cm ; 体重 \_\_\_\_\_ kg 体温 \_\_\_\_\_ °C

出生週数 \_\_\_\_\_ 週 ; 出生体重 \_\_\_\_\_ g

## 今日はどのようなことで受診されましたか。✓をつけてください。

- |                               |        |                             |        |
|-------------------------------|--------|-----------------------------|--------|
| <input type="checkbox"/> 発熱   | 月 日頃から | <input type="checkbox"/> 腹痛 | 月 日頃から |
| <input type="checkbox"/> 咳    | 月 日頃から | <input type="checkbox"/> 嘔吐 | 月 日頃から |
| <input type="checkbox"/> ゼーゼー | 月 日頃から | <input type="checkbox"/> 下痢 | 月 日頃から |
| <input type="checkbox"/> 鼻水   | 月 日頃から | <input type="checkbox"/> 頭痛 | 月 日頃から |
| <input type="checkbox"/> その他  | ( )    |                             |        |

## 具合が悪くなってから今日までの様子を聞かせてください。

1. 最も高かった体温は何度でしたか。( \_\_\_\_\_ °C)
2. 食欲はどうですか。  
普段とくらべて(あまり変わらない・半分くらい・全く食べない)
3. 水分はとれていますか。  
朝起きてからコップにして( \_\_\_\_\_ )杯くらい。
4. 朝からおしっこは出ていますか。(はい・いいえ)
5. 便の回数は( \_\_\_\_\_ 回)
6. 今飲んでいる薬はありますか。  
いいえ・はい(その内容 \_\_\_\_\_ )  
はいと答えた方：定期的に飲んでいる薬ですか、今回のみの薬ですか。(定期的・今回のみ)

## お子さんの今までの健康状態などを聞かせてください。

1. お子さんは今まで何か病気や入院されたことはありますか。：いいえ・はい。  
(例：1歳 肺炎 \_\_\_\_\_ )
2. 薬のアレルギーはありますか。：いいえ・はい(その内容 \_\_\_\_\_ )
3. 食物アレルギーはありますか。：いいえ・はい(その内容 \_\_\_\_\_ )
4. 集団生活をしていますか：いいえ・はい( \_\_\_\_\_ ) 保育園・幼稚園・小学校・中学校
5. 今までに受けた予防接種に○をつけてください。  
ヒブ・肺炎球菌・4種混合(3種混合)・BCG・MR(麻疹風疹)・水ぼうそう  
ロタウイルス・B型肝炎・おたふく・日本脳炎・その他( \_\_\_\_\_ )
6. 上記以外のことで心配なこと、医師に相談したいことがあれば自由にお書きください。