

# 小児科問診票(初診)



●以下の状態に当てはまる場合はチェックしてください。

- 水分の摂取ができず 12 時間以上排尿がない。
- 発熱を伴う発疹がある。
- 原因不明の 39 度以上の発熱が 5 日以上持続する。
- 生後 3 ヶ月未満で薄着にしても 38 度以上の発熱が持続する。

(ふりがな)

※分からなければ、待合室の体重計で測定してください ↓

名前: \_\_\_\_\_ 性別: 男・女 体重: \_\_\_\_\_ kg

住所: 〒 \_\_\_\_\_

電話番号(日中連絡のつく番号): \_\_\_\_\_

生年月日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 年齢: \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ ヶ月

集団生活: なし・あり【幼稚園(\_\_\_\_\_)、保育園(\_\_\_\_\_)、小学校(\_\_\_\_\_)】

園内で現在流行の感染症(わかる範囲で): \_\_\_\_\_

アレルギー: なし・あり【\_\_\_\_\_】

現在の内服: なし・ある場合はお薬手帳を出してください。

●今までにかかったことのある病気:(あてはまるものを○で囲んでください)

突発性発疹症、水痘(みずぼうそう)、流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)、けいれん(熱性・無熱性)、麻疹(はしか)、風疹(三日ばしか)、気管支喘息、アトピー性皮膚炎、その他(\_\_\_\_\_)

●本日の受診について: あてはまる症状に✓をしてください。

○いつから:

\_\_\_\_\_ (例: 1/3 夜から など)

○症状:  発熱 現在: \_\_\_\_\_ °C 最高: \_\_\_\_\_ °C (いつ: \_\_\_\_\_)

咳 (かわいた・痰がらみ・喘鳴・オットセイの様な)

鼻汁 (水様・色のついた)

鼻閉  のどの痛み

腹痛  嘔吐 (\_\_\_\_\_) 回/日

下痢 (水様・泥状・軟便・血便) (\_\_\_\_\_) 回/日

皮膚の症状 (\_\_\_\_\_) )

その他 (\_\_\_\_\_) )

●処方薬の剤型の希望があればチェックしてください。(希望に添えない場合もあります)

散薬(粉薬)  シロップ  錠剤

●2018 年 4 月より診療報酬改定に伴い、明細書の発行が義務付けられました。

明細書不要の方はチェックしてください。

明細書不要

\*\*\*\*\*

アンケートにご協力ください。

●当院をどのようにして知りましたか(複数選択可)

家族からの紹介  知人からの紹介  ホームページ  電柱広告

他院(\_\_\_\_\_)先生からの紹介  その他(\_\_\_\_\_)