

# 小児科問診票(再来)



●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)

名前： \_\_\_\_\_

体重： \_\_\_\_\_ kg ※分からなければ、待合室の体重計で測定してください。

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

集団生活や家庭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、けいれん(熱性・無熱性)、水痘(みずぼうそう)、流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)、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( \_\_\_\_\_ )