

【 小児問診票 】

用紙に記入し保険証、おくすり手帳、母子手帳と一緒に受付へお出し下さい。

記入日： 年 月 日

ふりがな 氏名	_____	住所	〒 _____
生年月日	年 月 日	固定電話	_____ - _____
年齢	歳 ヶ月	携帯電話	_____ - _____
性別	男 ・ 女	保護者名	_____
体重	kg	園・校名	_____ (組・クラス名 _____)
<p>◆今日はどうされましたか？</p> <p><input type="checkbox"/>発熱 <input type="checkbox"/>のどが痛い <input type="checkbox"/>咳、痰、鼻水</p> <p><input type="checkbox"/>頭痛 <input type="checkbox"/>ゼイゼイ <input type="checkbox"/>悪心、嘔吐</p> <p><input type="checkbox"/>下痢 <input type="checkbox"/>腹痛 <input type="checkbox"/>発疹、湿疹</p> <p><input type="checkbox"/>その他 (_____)</p>		<p>◆アレルギーについてお尋ねします。</p> <p><input type="checkbox"/>アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/>気管支喘息 <input type="checkbox"/>花粉症</p> <p><input type="checkbox"/>その他 (_____)</p> <p><input type="checkbox"/>薬剤アレルギー (薬剤名： _____)</p> <p><input type="checkbox"/>造影剤でのアレルギー</p> <p><input type="checkbox"/>食物アレルギー (食品名： _____)</p> <p><input type="checkbox"/>アルコール消毒での肌負け</p>	
<p>◆いつからですか？</p> <p><input type="checkbox"/>今日から (朝・昼・夕) <input type="checkbox"/> (_____) 日前から</p> <p><input type="checkbox"/> (_____) 週間前から <input type="checkbox"/> (_____) ヶ月前から</p>		<p>◆一緒に生活されているご家族は？</p>	
<p>◆今回の症状で、他の医院・病院に受診されましたか？</p> <p><input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p> <p>_____ 年 _____ 月 _____ 日から</p> <p>_____ にかかっている。</p>		<p>◆ご家族の健康状態についてお尋ねします。 当てはまるものに○をつけてください。</p> <p>・ 今回の症状と同じ症状の方 祖父母・両親・兄弟姉妹・その他</p> <p>・ 他に病気の治療中の方 祖父母・両親・兄弟姉妹・子・その他</p>	
<p>◆検査結果や他医院からの紹介状はありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</p>		<p>◆処方の際、希望する剤形がありましたら○、苦手な剤形については×をつけてください。</p> <p>・ 水薬 ・ 粉薬 ・ 錠剤 ・ カプセル ・ 坐薬</p>	
<p>◆他に、現在治療中の病気・飲んでる薬はありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</p> <p>病院名： _____</p> <p>病 名： _____</p> <p>薬剤名： _____</p>		<p>◆当院受診のきっかけは？</p> <p><input type="checkbox"/>知人の紹介 <input type="checkbox"/>ホームページを見た</p> <p><input type="checkbox"/>近くに勤務、在住 <input type="checkbox"/>以前、当院にかかったことがある</p> <p><input type="checkbox"/>家族がかかりつけ (お名前： _____)</p>	
<p>◆今までにどのような病気にかかったことがありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>熱性痙攣 <input type="checkbox"/>気管支喘息 <input type="checkbox"/>アトピー性皮膚炎</p> <p><input type="checkbox"/>川崎病 <input type="checkbox"/>てんかん</p> <p><input type="checkbox"/>その他 (_____)</p>		<p>◆診察前に医師、看護師に伝えたいこと等があればご記入ください。</p>	
<p>◆今までに手術を受けたことがありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>あり (_____) <input type="checkbox"/>なし</p>			
<p>◆1ヶ月以内に予防接種を受けましたか？</p> <p><input type="checkbox"/>受けた (ワクチン名 _____) <input type="checkbox"/>受けない</p>			