

# 里皮フ科・小児科クリニック 小児科問診票（はじめての方）

ふりがな \_\_\_\_\_ 記入日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

氏名： \_\_\_\_\_ ( 男 ・ 女 )

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

住所：〒 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

電話番号：携帯 \_\_\_\_\_ / 自宅 \_\_\_\_\_

メールアドレス： \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

通っている学校・幼稚園・保育園： \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ 年生・年長・年中・年少・それ以外)

## 妊娠中・出生時のことについて

妊娠中・出生時の異常：なし・あり ( \_\_\_\_\_ )

在胎週数：( \_\_\_\_\_ ) 週 ( \_\_\_\_\_ ) 日 出生体重：( \_\_\_\_\_ ) g

生まれた病院：( \_\_\_\_\_ )

## これまでにかかった病気・現在治療中の病気について

かかったことのある病気に○をしてください

突発性発疹症 ・ けいれん ・ 気管支炎・肺炎 ・ 麻疹（はしか） ・ 風疹 ・ おたふくかぜ  
水ぼうそう ・ 百日咳 ・ その他 ( \_\_\_\_\_ )

アレルギーが ない・ある（喘息・アトピー性皮膚炎・鼻炎・食物・薬剤・動物・その他 \_\_\_\_\_ )

食物・薬剤アレルギーがある場合 原因物質 ( \_\_\_\_\_ )

現在内服中の薬が ない・ある ( \_\_\_\_\_ )

入院したことが ない・ある ( \_\_\_\_\_ 歳頃、病名： \_\_\_\_\_ )

## 家族のことについて

兄弟姉妹： \_\_\_\_\_ 歳（男・女）、 \_\_\_\_\_ 歳（男・女）、 \_\_\_\_\_ 歳（男・女）、 \_\_\_\_\_ 歳（男・女）

同居家族でタバコを吸う人が いない・いる

家族で大きな病気をした人が いない・いる ( \_\_\_\_\_ )

アレルギーの人が いない・いる（喘息・アトピー性皮膚炎・鼻炎・食物・薬物・動物・その他 \_\_\_\_\_ )

## 予防接種について

ロタウイルス ・ 肺炎球菌 ・ ヒブ ・ 4種混合 ・ BCG ・ B型肝炎 ・ MR  
水ぼうそう ・ おたふくかぜ ・ 日本脳炎 ・ その他 ( \_\_\_\_\_ )

## 最後に、当院を受診されたきっかけを教えてください（複数回答可）

自宅が近い ・ 家族が受診している ・ 知人からの紹介 ・ 当院スタッフの知り合い  
チラシ ・ 看板 ・ Web 検索 ・ その他 ( \_\_\_\_\_ )

★つづけて2枚目もご記入ください★

里皮フ科・小児科クリニック 小児科問診票

記入日： 年 月 日

ふりがな

氏名： ( 歳 か月) 体重： kg 体温： °C

今日はどうされましたか？

症状	いつからですか？	あてはまるものに○をしてください
熱	( )	最高 ( ) °C
咳	( )	乾いた咳・痰が絡んだ咳・ゼーゼー・ケンケン 寝ながら咳をしている・咳で起きる
鼻水	( )	透明・黄緑色・サラサラ・ねばねば・鼻づまり
めやに	( )	左・右・両方・鼻水と同じ色
嘔吐	( )	1日 ( ) 回・咳き込んで吐く
下痢	( )	1日 ( ) 回・水様・泥状 血便・白～クリーム色
腹痛	( )	上・下・右・左・真ん中 最後の排便は ( ) 日前
頭痛	( )	吐き気 あり・なし、めまい あり・なし
耳痛	( )	左・右・両方
発疹	( )	頭・顔・体・腕・手・脚・足・おしり
その他	( )	( )

食事は ふだんどおり・少なめ・全くとれない  
水分は ふだんどおり・少なめ・全くとれない  
おしっこは ふだんどおり・少なめ・全く出ない

周りに同じ症状の人が いない・いる(父・母・兄弟姉妹・祖父母・その他 )  
周りではやっている病気が ない・ある ( )

現在、他院に通院中ですか？ はい・いいえ

食物・薬剤のアレルギー なし・あり ( )

けいれん(ひきつけ)を起こしたことが ない・ある  
ある場合、けいれんしたとき熱が あった・なかった  
最後の発作はいつですか？ ( )

順番にお呼びしますので、お待ちください。