

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 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。