

池袋・長崎 休日診療所 初診問診票（小児科）

私達スタッフは、患者さん1人1人が、スムーズに診療を受けられるように努力しております。問診票は、あなたの診療のための大切な参考資料です。あなたのプライバシーは個人情報保護法に基づき厳守いたしますので、できるだけ正確に記入して下さい。

ふりがな

名前 \_\_\_\_\_ 男・女 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日生 才 \_\_\_\_\_

☆ 今までに当診療所を受診されたことはありますか

・はい（ \_\_\_\_\_ ）頃 ・ いいえ

1, 今日は、どうなさいましたか？

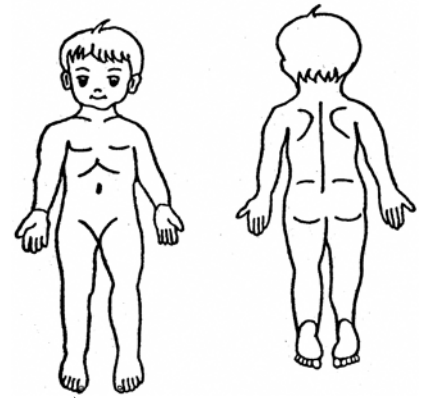
- ① 家でのお熱は何度でしたか（ \_\_\_\_\_ ）度
- ② 来院時のお熱は何度ですか（ \_\_\_\_\_ ）度
- ③ 症状を簡単にご記入下さい。

[ \_\_\_\_\_ ]

[言葉で表現しにくい場合は 右の図に○を付けて下さい]

- ④ それは、いつ頃から始まりましたか？ \_\_\_\_\_
- ⑤ 食欲は \_\_\_\_\_ ・ある ・普通 ・あまりない  
 現在水分摂取は \_\_\_\_\_ ・できる ・できない  
 そのために他の病院にかかりましたか  
 (病院名： \_\_\_\_\_ 病名： \_\_\_\_\_ )
- ⑥ 以前、医者から処方された薬や、市販の薬を飲みましたか？

・ いいえ ・ はい



2, 今までにかかられた病気を○で囲んで下さい。

- ①喘息 ②喘息性気管支炎 ③肺炎 ④けいれん ⑤扁桃炎 ⑥水痘 ⑦はしか ⑧おたふく
- ⑨風疹 ⑩突発性発疹 ⑪溶連菌感染症 ⑫周期性嘔吐 ⑬アトピー性皮膚炎 ⑭湿疹
- ⑮手術 (病名 \_\_\_\_\_ )
- ⑯その他 ( \_\_\_\_\_ )

3, 今までに薬や食品で、皮膚に発疹や蕁麻疹ができたり、体の具合が悪くなったことがありますか？

・ いいえ ・ はい 薬品 ( \_\_\_\_\_ )  
 食品 ( \_\_\_\_\_ )

4, 服薬中のお薬はございますか？

・ いいえ ・ はい 薬品 ( \_\_\_\_\_ )

5, お子さんの出生時の事についてお聞きします。(母子手帳を参考にお書き下さい。)

- ① 出生時 体重 ( \_\_\_\_\_ ) g 身長 ( \_\_\_\_\_ ) cm
- ② 妊娠中異常がありましたか？ ・ いいえ ・ はい ( \_\_\_\_\_ )
- ③ 分娩は異常がありましたか？ ・ いいえ ・ はい ( \_\_\_\_\_ ) ・ 帝王切開
- ④ 出生時及び入院中異常がありましたか？ ・ いいえ ・ はい ( 仮死 ・ 黄疸 ・ その他 )
- ⑤ 在胎 ( \_\_\_\_\_ ) 週 ( \_\_\_\_\_ ) 日

6, 現在の体重 ( \_\_\_\_\_ ) kg 身長 ( \_\_\_\_\_ ) cm

※ 母子手帳・おくすり手帳をお持ちの方は診察時にお出し下さい。

ご協力ありがとうございました。