

小児科問診票

ID:

| | | | | |
|-----------|----------|------------------------|-------------|------|
| ふりがな | | | 男 ・ 女 | 体重 |
| 氏名 | | | | kg |
| 生年月日 | 平成 令和 | 年 | 月 | 日 |
| | | | 年齢 | 才 ヶ月 |
| 住所 | | | | |
| 自宅電話 | | | 携帯電話 | |
| 学校名 園名 | | | | |
| 体温 : | ℃ | ※体温は小児科にかかる方、全員測ってください | | |

1. 症状はいつからですか？ _____日から
2. 症状に○をし、詳細を記入をしてください
 咳・咽頭痛・鼻水・鼻づまり・腹痛・頭痛・その他 (_____)
 発熱 (現在 _____℃ 最高体温 _____℃)
 嘔吐 (最後 ____日 ____時頃 合計 ____回)
 下痢 (最後 ____日 ____時頃 合計 ____回 水様・形状あり 色 : ____)
 便秘 (最後 ____日) 発疹 (体全体・手 (右・左)・足 (右・左)・顔・その他 _____)
3. 食事量 通常通り・いつもより半分・少し・全く食べられない(最後 _____日 ____時頃)
4. 水分量 通常通り・いつもより半分・少し・全く飲めない(最後 _____日 ____時頃)
5. 他院にて治療中の病気はありますか？ なし・あり (↓記入)
 ・病名 _____・いつから _____から ※お薬手帳を提出してください
6. 大きな病気の既往はありますか？ なし・あり(↓記入)
 ・病名 _____・いつから _____から
 ・病院名 _____・年に _____回通院している
7. 痙攣 (けいれん) をおこしたことはありますか？ なし・あり (↓記入)
 ・初めて _____才 最後 _____才 合計 _____回 痙攣時間 _____分 痙攣時発熱 あり・なし
8. 食べ物や薬でアレルギー症状がでたことはありますか？ なし あり(↓記入)
 ・原因の食べ物・薬名 _____ 症状 _____
9. 医療費明細書の発行を希望されますか 希望・不要
10. 他の医療機関からの紹介状はおもちですか？
 (はい ・ いいえ)
11. マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？
 (はい ・ いいえ)
12. その他なにかありましたら、ご記入ください
 (_____)