

問診票(初めての方)

* 兄弟・姉妹のお名前記入をお願いします

()

記入日 年 月 日

ふりがな		ご住所 〒
氏名	男 女	ご自宅:
生年月日 H・R 年 月 日 歳 ヶ月		携帯:

体重 kg	おうちでの体温 °C	はかっています
アレルギー 無 有	食べ物()薬()	喘息 ・ アトピー ・ 鼻炎

1. 今日、一番気になる事/心配な事をお聞かせ下さい。

院内での体温 °C	
咳 多い 少ない なし	
息づかい 辛そう 少し辛そう 普通	
鼻水 透明 白色 黄色 青ばな なし	
鼻づまり あり なし	
頭痛 あり なし	
腹痛 あり なし	
嘔吐 今日 回 昨日 回 食べたもの 胃液(透明) 黄色	
下痢 1日 回 なし	
発疹 場所 かゆみ あり なし	
その他(具体的にどうぞ。)	

2. 今の様子

機嫌 (良い まあまあ 悪い ぐったり)	睡眠 (十分 まあまあ 時々起きる 眠れない)
食欲 (100% 70% 50% 30% 0%)	水分 (100% 70% 50% 30% 0%)
最後のおしっこ確認 ()	時ころ 十分出ている 少ない 全く出ていない

3. 今日の診察でのご希望

薬 (粉 シロップ 錠剤)	吸入	吸引(鼻吸い)	検査(血液 尿)	レントゲン	点滴
解熱鎮痛剤	坐薬が良い	内服が良い			

4. 現在、他の病院で治療中ですか？

いいえ	はい ()で()と言われて、
()	()月 ()日～()を飲んでいる。

★裏面もありますので、ご記入をお願いいたします。

5. 予防接種歴～これまでに受けた予防接種に○をつけてください。【6歳以上の方は不要です】

- ①プレベナー(肺炎球菌)(1-1 1-2 1-3 追加) ②アクトヒブ(1-1 1-2 1-3 追加)
 ③B型肝炎(1回 2回 3回) ④四種混合(1-1 1-2 1-3 1期追加) ⑤BCG
 ⑥日本脳炎(1-1 1-2 1期追加 2期) ⑦麻しん・風しん混合(MR) 1期(1歳) 2期(年長)
 ⑧水痘(水ぼうそう)(1回 2回) ⑨ポリオ(1回 2回 3回 追加)
 ⑩ロタリックス(1回 2回) ⑪流行性耳下腺炎(おたふく風邪)(1回 2回)

6.今までにかかった事のある病気に○をつけてください。

- ①ひきつけ(けいれん) ②百日咳 ③突発性発疹 ④麻しん(はしか) ⑤風しん(三日ばしか)
 ⑥おたふく風邪 ⑦水痘(みずぼうそう) ⑧肺炎 ⑨気管支炎 ⑩喘息性気管支炎 ⑪ぜんそく
 ⑫アトピー性皮膚炎 ⑬その他
 ・今までに入院した事がありますか? いいえ
 はい(いつごろ?) (どこに?) (どんな病気で?)

7.生育歴についてあてはまる項目に○をつけ、()に記入してください。【4歳以上のお子さんは記入不要です】

- ・妊娠中の状態 問題なし 問題あり()
 ・妊娠(週 日)で出生 生まれた時の体重(g)
 ・出産(産婦人科)で 正常 問題あり()
 ・生まれたとき 【仮死】 なし あり
 【黄疸】 なし 軽い 光線療法()日
 【栄養法】 母乳 混合 ミルク
 ・発達 【首のすわり ヶ月】 【寝返り ヶ月】 【おすわり ヶ月】
 【つたい歩き ヶ月】 【ひとり歩き ヶ月】
 ・今までに健診その他で何か指導を受けた事がありますか?
 いいえ はい()

8.現在の集団生活

なし あり (園名/校名/クラス)

9.家族構成

- ・同居なさっている方を○で囲んでください。
 パパ ママ おじいちゃん(父方) おばあちゃん(父方) おじいちゃん(母方) おばあちゃん(母方)
 ・ご兄弟はいらっしゃいますか?
 ひとりっ子
 ()人きょうだいの()番目 お兄ちゃんいる お姉ちゃんいる 弟いる 妹いる

10.現在一緒にお住まいの方で、具合の悪い方(同じような症状の方)がいらっしゃいますか?

いいえ はい()

ご協力ありがとうございました。