

◆小児科外来 問診票

ID: _____

記入日 年 月 日

氏名	年齢 歳 ヶ月	性別 男・女	生年月日
郵便番号	住所	電話	

★身長 cm 体重 kg

1 受診理由について教えてください。

()

2 体温 病院で測定 () 度
 来院前 時 分頃の測定 () 度

3 つらそうな症状・困っている症状に丸印をつけてください。

発熱 ・ のどの痛み ・ せき ・ たん ・ 鼻水 ・ 関節の痛み ・ 頭痛
 呼吸がゼイゼイする ・ 腹痛 ・ 食欲がない ・ 発疹 ・ 耳痛
 悪心・嘔吐 (回/日) ・ 下痢 (回/日) ・ 便秘 ・ その他 ()

(ア) 症状はいつからどのように始まりましたか？

年 月 日ごろから【 突然起こった ・ だんだん起こった 】

(イ) 症状はどのように変化していますか？

【 変わらない ・ 悪くなっている ・ 良くなっている 】

(ウ) これらの症状について、他の病院、医院を受診されましたか？

【 かからない ・ かかった 】 病院・医院名 ()
 病名 () 検査 ()

(エ) 食欲 【 ある ・ まあまあ ・ ない 】 活気 【 ある ・ まあまあ ・ ない 】

(オ) 周りで同じ症状のひとはいますか？流行している病気はありますか？

【 なし ・ あり 】⇒()

4 既往歴、現病歴、家族歴についてお伺いします。

① 今までに次の病気をしたり、現在治療中の病気はありますか？ 【 なし ・ あり 】

“あり” ⇒ 喘息 アレルギー性皮膚炎(アトピー) けいれん(熱性・無熱性) 川崎病 心疾患
てんかん 腎臓病 はしか 水ぼうそう おたふく 風疹 その他()

② 現在飲んでいるお薬はありますか？【なし・あり】 ③かかりつけ医はありますか？ 【なし・あり】
 (薬の種類:) (医療機関名:)

※薬手帳をお持ちの方は受付にて提出ください。

④手術を受けたことのある方のみお答えください。

何の手術 () いつ頃 (年 月)

◎輸血を受けたことはありますか？ 【 なし ・ あり 】

★⑤アレルギーの有無 【 なし ・ あり 】 → (出た症状:)

薬物 () 食物 ()造影剤 アルコール綿 テープ類 ()

5 診察時に特に聞いておきたいこと、確認しておきたいことがあればお書きください。

()

記入者 (代理) _____

続柄 ()