

No. _____

問診（ダウンロード新患小児用）

（※ 資格 ・ マイナ ）

（※隔離室 ・ X-P 室）

★氏名： _____ ★ふりがな _____

★生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 ★性別 男・女 ★年齢： _____ 歳 _____ カ月

★住所： 〒 _____

★電話番号① _____ ★電話番号② _____

☆現在の体重 _____ Kg ☆現在の身長 _____ cm ☆現在の体温 _____ °C

☆今回の受診について いつから？ どのような症状ですか？

_____ 日前から _____ 週間前から _____ カ月前から

*発熱(_____)°C *頭痛 *咳・喀痰 *鼻汁 くしゃみ *鼻詰まり *のど痛 *眼やに

*吐き気 *吐く(_____)回 *下痢(_____)回 *食欲なし *腹痛 *発疹 *皮膚の乾燥

*皮膚の湿疹・かぶれ・痒み *その他 _____

☆過去にかかった病気はありますか？ *麻疹(はしか) *風疹(三日ばしか) *水痘(水ぼうそう)

*おたふくかぜ *突発性発疹 *百日咳 *熱性けいれん *マイコプラズマ *RS ウィルス *結核

*副鼻腔炎 *中耳炎 *気管支喘息 *アトピー性皮膚炎 *アレルギー性鼻炎 *尿路感染症

*その他 (_____)

☆薬や食物などのアレルギー

薬品・食品名 (_____)

☆現在(直近を含む)治療中の病気と処方薬。 *受診医療機関名 (_____)

*病名 ()

(受診日にお薬手帳を持参される方で、お薬手帳にその記載がある場合は記入省略可)

*処方薬の名前 ()

☆ご家族の病気について、ある場合は病名に○・家族(父母兄妹など)をご記入下さい。

*気管支喘息() *アトピー性皮膚炎() *アレルギー性鼻炎() *花粉症()

*高血圧() *糖尿病() *脂質異常症() *痛風() *脳神経疾患()

*心臓病() *肝臓・胆嚢・膵臓疾患() *腎疾患() *悪性腫瘍()

*その他 ()

☆乳幼児・児童・学生で、受診日に母子手帳を持参できない方は、

今まで接種した予防接種(ワクチン)の種類(○)や回数を記入して下さい。

*5種混合(回数):____ *肺炎球菌(回数):____ *B型肝炎(回数):____ *ロタウィルス(回数):____

*BCG:____ *MR(回数)____ *水痘(回数):____ *おたふくかぜ(回数):____ *日本脳炎(回数):____

*DT(2種混合):____ *HPV(パピローマウィルス):____ *その他: _____

☆乳幼児・児童・学生の方で、ご自身の出生前後(周産期)のことについて。

*出生した医療機関(施設): _____

*出生体重 _____ Kg *在胎週数 _____ 週 _____ 日

*出生前(妊娠中)および出生後の異常 なし あり _____

★女性の方にお聞きします。

☆妊娠中ですか? *はい *いいえ

☆授乳中ですか? *はい *いいえ