

小児科初診問診票

当番医用 2023.1.6



来院日 年 月 日 カルテNo

ふりがな		性別	生年月日
お名前		男・女	平成・令和 年 月 日生 (才 ヶ月)
保護者氏名		続柄 ()	
住所	〒 -		
電話番号	自宅 () - 携帯 () -		現在の体重 () kg
上記以外の連絡先(勤務先・帰省先など)	TEL - -		
本日乗っている車の車種・色・ナンバー	車種 ()・色 ()・ナンバー ()		
1、未就園 2、() 幼稚園・保育園・こども園 2、学生 () 小学校・中学・高校・大学・専門学校			

● 今日とはどんな症状で来院されましたか、該当するものに○をしてください。

感染症の病気又は疑い

- 新型コロナ
- インフルエンザ
- 水痘
- 流行性耳下腺炎
- その他 ()

急性の病気の診察

- 1、発熱 ___日前より (~)℃ 本日の体温 _____℃
- 2、咳 ___日前より 少し ひどい(日中・夜・1日中) 喘鳴あり
- 3、鼻汁 少し 多い (水様性・黄緑色) 鼻閉あり
- 4、下痢 軟便 泥状便 水様便 血便 白色便 1日 ___ 回くらい
- 5、吐気・嘔吐 ___日前より、1日 ___ 回くらい
- 6、その他 のどの痛み 発疹 頭痛 腹痛 ()

◎元気 あり・少しなし・なし ◎食欲 あり・低下・なし

※その他心配な症状などお書きください。 _____

● 今までに薬や注射、食べ物などで、発疹などの副作用がでたことがありますか

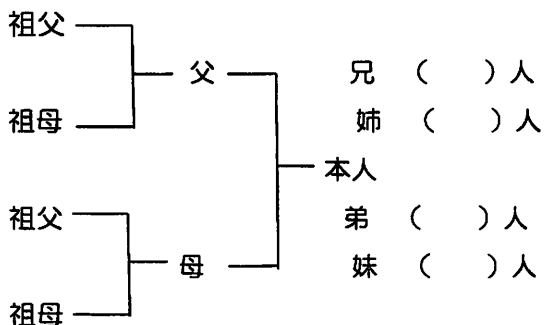
なし・あり(具体的に _____)

● 今までにかかったことのある病気に○をつけてください。

- 突発疹
- はしか
- 水痘
- おたふくかぜ
- 風疹
- けいれん
- アレルギー疾患
- 心臓病
- 腎臓病
- 肝臓病
- 川崎病
- 入院
- その他 ()

● 乳幼児期の発達について問題がありましたか
いいえ ・ はい ()

● 同居されている家族を○で囲んでください。



※当院では、個人情報の保護に取り組んでおります。
個人情報の利用については利用目的を定めております。

感染症対策のため皆様にお伺いします

新型コロナ感染症にかかったことがある はい・ いいえ

新型コロナ感染を疑う人と接触した。 はい・ いいえ

海外・県外への渡航歴・滞在歴がある はい・ いいえ

いつ: _____ どこへ: _____

人が多くいるところへいった はい・ いいえ

いつ: _____ どこへ: _____

職場・学校などで風邪症状がはやっている はい・ いいえ

職場・学校名: _____

同居家族に呼吸器症状がある はい・ いいえ

新型コロナワクチンを接種した はい・ いいえ