

# 小児科外来問診表

20 年 月 日

氏名 <u>フリガナ</u>		性別 男・女
生年月日 平成・令和 年 月 日		人兄弟の 番目
住所 〒		歳 ヶ月
電話番号 携帯 ( ) 父・母・その他( )		出生時体重 g
自宅 ( )		現在の体重 kg
		体温 . °C

- 以下の当てはまる症状に○をつけ、症状の始まった日にちを( )に御記入ください。  
 例：咳(4/15) 嘔吐(4/16 2回) など 看護師記入欄：SPO2 HR  
 食欲(有・無) 水分摂取(可・不可) 元気(有・無) 睡眠(眠れる・眠れない)  
 発熱 ⇒ ( / から最高 °C 解熱剤使用：無・有 ⇒ 使用時間 )  
 咳( / ) 鼻水( / ) のどの痛み( / ) 喘息( / ) 頭痛( / )  
 耳の痛み( / ) 嘔気( / ) 嘔吐( / ・ 回) 下痢( / ・ 回)  
 腹痛( / ) 発疹( / ) 耳の下の腫れ( / )  
 その他( )
- 今までに食べ物や薬でアレルギーを起こしたことがありますか？(はいの場合あてはまるものを○で囲んで下さい)  
 いいえ・はい [ 食品名：牛乳・卵・小麦・大豆・青魚・そば  
 その他( )  
 薬品名： ]
- 家族に喘息の方はいますか？【 いいえ・はい ⇒ 父・母・その他 】
- 家族にアトピー性皮膚炎の方はいますか？【 いいえ・はい ⇒ 父・母・その他 】
- 現在、治療している病気はありますか？【 いいえ・はい ⇒ 病名： 】
- お薬手帳をお持ちでない方は、現在飲んでいる薬を記入してください【 】
- 今までにかかった病気を○で囲んでください。また、いつ頃かかったかを[ ]に記入して下さい。  
 麻疹(はしか) 風疹(三日はしか) 水痘(みずぼうそう) おたふく 百日咳 喘息  
 [ 歳頃] [ 歳頃] [ 歳頃] [ 歳頃] [ 歳頃] [ 歳頃]  
 ひきつけ(無熱・発熱) 突発性発疹 その他( )  
 [ 歳頃] [ 歳頃] [ 歳頃]
- 今までに大きな病気やケガをしたことはありますか？【 いいえ・はい ⇒ 】
- 出産時、異常などありましたか？【 いいえ・はい ⇒ 】
- 通っている学校・園名をお書きください【 保育園・幼稚園・小学校・中学校・通っていない】  
 ※その中で流行している病気がありましたら記入してください ( )
- 希望の飲み薬の剤型はどれがいいですか？【 水薬(シロップ)・粉薬・錠剤 又は カプセル 】
- コロナワクチン接種歴【 なし・あり( )回】
- コロナ感染症にかかったことはありますか？【 なし・あり( 年 月) 】
- 周りにコロナ感染者、濃厚接触者、疑いのある方はいますか？【 いいえ・はい ⇒ ご関係： 】  
 保険請求時確認が必要な為、保険証のコピーを取らせて頂いております。ご了承下さい。 グレイス病院