

番

問診票 (初診)

令和 年 月 日

はしか疑い、みずぼうそう疑い、おたふく疑い、全身に発疹が出てきた方は必ずお申し出下さい

診察券 NO. \_\_\_\_\_

ふりがな  
お名前

( 男 ・ 女 )

生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日 ( 歳 ヶ月)

体温 \_\_\_\_\_ °C

身長 \_\_\_\_\_ cm

体重 \_\_\_\_\_ kg

計測 済 ・ 未

(来院目的)  診察  投薬  吸入希望  鼻汁吸引希望  検査希望

お子さまの通われている託児所・保育園・幼稚園・学校などをご記入ください

\_\_\_\_\_ 託児所・保育園・幼稚園・小学校・中学校 / 未就園児

★現在、どのような症状ですか？(症状のあるものの番号に○と該当するところにチェックをしてください。)

(また、今回最も気になる症状に★印をつけてください。)

- 熱がでた \_\_\_月\_\_\_日の (  朝  昼  夕方  夜 ) から \_\_\_\_\_°C台で最高\_\_\_\_\_°C  
解熱剤は使いましたか？  使用した  使用していない  もう熱は下がった ( \_\_\_日から )
- 吐き気 \_\_\_月\_\_\_日\_\_\_時頃から (  吐いていないが気持ち悪い  吐いた\_\_\_回くらい 最後\_\_\_日の\_\_\_時頃 )  
吐く前 :  水分摂れていた  水分摂れていなかった 吐いた後 :  水分摂れた  水分摂れない
- 咳がでる \_\_\_月\_\_\_日から  
(  痰がらみ  乾いた咳  朝・夜に多い  一日中  眠れないくらい  呼吸が止まる )  
咳こみ :  あり  なし 咳あげ :  あり  なし ゼイゼイ :  あり  なし
- 鼻水がでる \_\_\_月\_\_\_日から \_\_\_\_\_色の鼻汁がでている 鼻がつまる \_\_\_月\_\_\_日~ (  鼻づまりで眠れない )
- のどが痛い \_\_\_月\_\_\_日から (  のどが痛くて食べられない )
- お腹が痛い \_\_\_月\_\_\_日から (  お腹が痛くて泣いてしまう )
- 下痢をしている \_\_\_月\_\_\_日から ( 1日平均 \_\_\_\_\_回くらい ) 今日 \_\_\_\_\_回くらい  
便のかたち (  水様便  泥状便 ) 便の色 (  黄  茶  白  赤 (血便)  黒 )
- 発疹がでている \_\_\_月\_\_\_日から ( 部位 : \_\_\_\_\_ )  
かゆみ :  あり  なし 赤み :  あり  なし ジクジク :  あり  なし  
カサカサ :  あり  なし
- ぜんそくの発作
- その他 ( \_\_\_\_\_ )

★食欲 :  あり  いつもより落ちている  なし

★水分 :  普段通り摂れる  あまり摂れない

★元気 :  普段通り  少し落ちている  全くない

★現在母乳を飲まれていますか？  はい ( 母乳のみ ・ 混合 )  いいえ

★その他、気になること、聞いておきたいことがあれば、ご記入ください

★ 現在、または最近まで使用している薬はありますか？あればご記入ください

(お薬手帳やメモをお渡しいただいても結構です)

いいえ・はい ( 病院名 : \_\_\_\_\_ )

薬の名前 : \_\_\_\_\_ )

★希望されるお薬の種類に○をつけてください

粉薬・シロップ・錠剤

★本日、解熱剤(熱さまし)の処方が必要ですか？(熱のある方のみ) 必要(坐薬・粉薬・錠剤)・不必要

★お薬が処方された場合

院外処方箋希望 (かかりつけ薬局での調剤)

院内調剤希望

上記の内容は診療の目的以外では使用しません

令和元年5月1日改正

