

# 問診票

## とうわ病児・病後児保育室

令和 年 月 日

フリガナ お名前
生年月日 H・R 年 月 日 ( ) 歳 ( ) ヶ月 男・女 兄弟 ( ) 人
現在通っているのは _____ 保育園 _____ 幼稚園 _____ 小学校
現在の 身長 _____ cm 体重 _____ kg 体温 _____ °C 出生体重 _____ g

お手数ですが診察前に、下記について記入または当てはまるものに○をして下さい。

①現在の症状に○をつけてください

症状はいつごろからですか ( 月 日 午前・午後 時ころから)

( ) 熱 ( ) 咳 ( ) 鼻水 ( ) 鼻づまり ( ) 嘔吐 ( ) 吐き気 ( ) 下痢

( ) 腹痛 ( ) 頭痛 ( ) 発疹 ( ) 湿疹 ( ) めやに ( ) 機嫌不良

( ) 食欲不振〔水分はとれる・とれない〕 ( ) その他〔 \_\_\_\_\_ 〕

② ①の症状に対して薬の使用は、なし・あり ( )

③アレルギーはありますか

本人 いいえ・はい →〔薬： \_\_\_\_\_ 〕〔食物： \_\_\_\_\_ 〕

家族 いいえ・はい →〔父・母・祖父・祖母 〕

④本日母子手帳は持参されていますか いいえ・はい

⑤今までに受けた予防接種に○をつけてください

( ) MR〔麻疹・風疹〕 ( ) 水痘 ( ) おたふくかぜ ( ) 日本脳炎 ( ) BCG

( ) 四種混合〔ジフテリア・破傷風・百日咳・ポリオ〕 ( ) 二種混合〔ジフテリア・破傷風〕

( ) 肺炎球菌 ( ) ヒブ ( ) B型肝炎 ( ) ロタ

( ) その他〔 \_\_\_\_\_ 〕

⑥今までにかかった病気に○をつけてください

( ) はしか ( ) 麻疹 ( ) 風疹 ( ) 水痘 ( ) おたふく ( ) 突発性発疹

( ) 熱性けいれん ( ) ぜんそく ( ) アトピー性皮膚炎 ( ) 肺炎

( ) その他〔 \_\_\_\_\_ 〕

※お答えいただいた上記情報につきましては個人情報として保管し、診察以外の目的には使用しません

<当院使用欄>	
カルテ番号： _____	受診日：令和 年 月 日
受診科：小児科・内科・循環器内科・呼吸器内科・消化器内科・腎臓内科・糖尿病内科・泌尿器科 脳神経内科・脳神経外科・整形外科・眼科・歯科	
担当医： _____ 医師	前回来院日：令和 年 月 日