

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