

小児科問診票（初診用）

ID: _____ 日付 _____ 月 _____ 日
氏名: _____ 年齢 _____ 歳 _____ ヶ月 体温: _____ °C
性別 男 女 体重: _____

※母子手帳・おくすり手帳を持参されている場合は、最初にお出してください！

1. 今日はどのようなことで来られましたか？

- 発熱 咳 鼻水 咽頭痛
腹痛 嘔気・嘔吐 下痢
頭痛 発疹 夜尿 低身長
健診 その他

[]

2. その症状はいつからありますか？ 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日（午前・午後 _____ 時頃から）

- 受診していない 受診した 内服もらった 内服もらってない

そのときの病名は？（ _____ ）

3. 現在治療中の病気がありますか？ なし あり（病名： _____ ）

4. 定期的内服薬がありますか？ なし あり（薬品名 _____ ）

5. 今までに手術やかかった病気がありますか？（ _____ ）歳（ _____ ）

（ _____ ）歳（ _____ ）

（ _____ ）歳（ _____ ）

6. お薬や食べ物でアレルギーや異常が起きたことはありますか？

いいえ

はい 食べ物 卵 牛乳 注射薬 _____ 塗り薬 _____ 内服薬 _____

その他（ _____ ）

7. 生まれたときの体重は？（ _____ g） 在胎 _____ 週 _____ 日

8. 今まで健診などで何か異常を指摘されたことはありますか？

いいえ はい（ _____ ）

9. 予防接種は何を受けましたか？

- Hib ヒブ 肺炎球菌 四種混合 3種混合 ポリオ BCG ロタ MR ワクチン
おたふくかぜ 水痘 日本脳炎 インフルエンザ その他（ _____ ）

～以下は、病院スタッフが記入します。ご協力ありがとうございました

体温: _____ °C 呼吸数: _____ 回/分 脈拍: _____ 回/分

SpO2: _____ 酸素なし 酸素あり（カニューラ _____ L）

Bp: _____