

♪♪ 一般問診票(前回のつづきの方は今ある症状をお願いします)♪♪

※体重と解熱剤の有無(□内)は毎回必ずご記入ください

氏名： _____ (ふりがな： _____) 生年月日：平成・令和 ____年 ____月 ____日 (____才 ____ヶ月)

体重 _____ kg (体重がわからない時は待合室の体重計をご利用下さい) **性別(男・女)** _____ **体温**： ____ . ____ 度

園児・学生ですか？ (いいえ・保育園児・幼稚園児・小学生・中学生) 園校名 (_____)

家族や園学校や周囲での病気がなにかありますか？ いいえ・はい (_____)

※以下の住所と電話番号は前回と変わりがなければ結構です。初回や引っ越し後は必ずご記入ください

住所：〒(_____ - _____) _____

電話番号：自宅 _____ 携帯 _____ (緊急時の連絡用です)

1. 活気はどうですか (良い、やや良い、普通、やや悪い、悪い)

2. 水分はいつもと比べてどのくらい口にしていますか いつもの _____ 割くらい

3. あてはまる症状のみお書きください。(時間は24時間表記がありがたいです)

発熱： ____月 ____日 ____時頃から ____℃ぐらい<今日も発熱、 ____月 ____日から解熱、 _____ >

解熱剤が家にありますか？ <ある・ない>

せき： ____月 ____日頃から<性状は？痰がからむ咳・ゴホゴホ・乾いた咳・コンコン・ケンケン・ヒューヒュー>

鼻水： ____月 ____日頃から<性状は？さらさら・ねばねば・無色・黄緑色>

嘔吐： ____月 ____日頃から<頻度は？一日に ____回ぐらい><最後の嘔吐は？ ____月 ____日 ____時頃>

下痢： ____月 ____日頃から<頻度は？一日に ____回ぐらい, 性状は？水様・泥状・軟便・血便・白色>

発疹： ____月 ____日頃から<痒みは？有・無, 部位は？頭・顔・胸・腹・背中・腰・陰部・手・足>

痛み： ____月 ____日頃から<部位は？頭・のど・耳・胸・腹・関節・その他(_____)>

その他： ____月 ____日頃から _____

4. 上記の症状で他の病院や医院を受診されましたか？ いいえ・はい(病院名： _____ 診断名： _____)

当院以外の薬を飲んでいますか いいえ・はい(薬手帳提示、薬品名： _____)

5. 1か月以内に入院されていましたか？ いいえ・はい(病院名： _____ 病名： _____)

6. お子さまが下記の病気と言われたことのあるものを教えてください。

薬疹などの薬による副作用(薬品名： _____)、食物アレルギー(食品名： _____)

けいれん(最後に起きた時： ____年 ____ヶ月前)

喘息、不整脈、胃潰瘍・胃炎、脳性麻痺、先天性心疾患(_____)、染色体異常、川崎病(瘤のあるもの)

腎炎、溶血性貧血、血小板減少性紫斑病、低出生体重(出生時体重が1500g未満)、糖尿病、慢性肝炎

登校拒否、摂食障害、多動性障害、心身症、周期性嘔吐症、気分障害、神経症性障害、ストレス関連障害

心理的発達障害(自閉症含む： _____)、その他(_____)

7. 1ヶ月以内に海外に行かれましたか？ いいえ・はい(国： _____、帰国日 ____月 ____日、流行疾患： _____)

8. 他に何かご質問やご意見などありましたら、ご記入をよろしくお願いします。

※ ご協力有難うございました。問診票と体温計を受付窓口へ渡して、お待ちください。

※ 体重がわからない時には待合室の体重計で測っておいてください。乳児の測定はスタッフがお手伝いします。

※ 健康診断用紙や尿などの検体を持参の時にはあらかじめスタッフにお伝えください。

※ 次の順番の方をお呼びしますので、診察室の前のソファールにおかけになって、

「服や股のボタンをはずす」などの準備をしてお待ちください。

※ 申し訳ありませんが、重症のお子さんや処置によっては予約時刻が遅れることがあります