

# 問診票

No. \_\_\_\_\_



なかしまこどもクリニック

ふりがな お名前	男 女	生年月日 平成・令和 年 月 日 歳 ヵ月
ご住所 〒(      -      )	電話番号 (      -      -      ) 携帯電話 (      -      -      ) メールアドレス @	

熱 \_\_\_\_\_℃ 体重 \_\_\_\_\_kg

※今日はどうされましたか？該当する症状に○をつけてご記入ください。

- ・発熱 日前から ( ) 時頃から発熱 \_\_\_\_\_℃
- ・咳 日前から ( 痰・乾いた咳・咳込み・ゼーゼー・ヒューヒュー・ケンケン ) ( 1日中・寝る前・寝起き・睡眠中・日中 )
- ・鼻水 日前から ( 黄～黄緑色・白色・透明・ネバネバ・サラサラ ) ( 鼻閉: あり・なし )
- ・くしゃみ 日前から
- ・咽頭痛 日前から ( 声がれ: あり・なし )
- ・頭痛 日前から ( ずっと・ときどき )
- ・嘔吐 日前から 1日( )回 ( 突然吐く・咳込んで吐く・吐き気 )
- ・下痢 日前から 1日( )回 ( 水様・軟便・泥状・血便・白色 )
- ・腹痛 日前から ( ずっと・ときどき )
- ・便秘 日前から ( 普段: \_\_\_\_\_日に1回くらい ) ( 出血: あり・なし )
- ・皮膚症状 日前から ( 湿疹・発疹・水疱・蕁麻疹・水いぼ・とびひ・あせも・乾燥 )  
( 頭・顔・口・背中・お腹・おしり・手・足・全身 ) ( かゆみ: あり・なし )

食事 ( いつも通り / いつもより少なめ / 全くとれない ) 水分・ミルク・母乳 ( いつも通り / いつもより少なめ / 全くとれない )

元気 ( ある / まあまあ / ない / ぐったり / 機嫌悪い )

排尿 ( いつも通り / いつもより少なめ / 全く出ない ) 排便 ( いつも通り / 出てない )

※現在、他院に通院中の方は病名と通院先、お薬をお書きください。

以下の項目について、お分かりになる範囲で○をつけてご記入ください。

※出産・発育について

出生体重 (      g ) (      週 )  
出生時、新生児期に異常はありませんでしたか？ なし・あり→(      )  
乳児期の栄養方法(現在乳児期の方): 母乳・混合・人工 離乳食:      回食

※いままでにかかった病気、もしくは現在通院・治療中の病気について

突発性発疹 風疹 はしか 水ぼうそう おたふくかぜ 百日咳  
けいれん(熱性・その他) 川崎病 気管支喘息 花粉症 アトピー性皮膚炎  
じんま疹 中耳炎 その他(      )

※食物アレルギー 不明・なし・あり →(対象食物      )

※薬剤アレルギー 不明・なし・あり →(対象薬剤      )

※いままでに受けた予防接種について

ロタウイルス ( 1回・2回・3回 ) B型肝炎 ( 1回・2回・3回 )  
Hib ( 1回・2回・3回・追加 ) 肺炎球菌 ( 1回・2回・3回・追加 )  
三種・四種混合 ( 1回・2回・3回・追加 ) BCG  
麻疹・風疹(MR) ( 1期・2期 ) 水ぼうそう ( 1回・2回 )  
おたふくかぜ ( 1回・2回 ) 日本脳炎 ( 1回・2回・第1期追加・第2期 )  
ポリオ(生、不活化) ( 1回・2回・3回・追加 ) その他 (      )

※ご家族の方であってはまるものがあればお答えください(どなたですか?)

喘息 (      ) アトピー (      ) 食物アレルギー (      )  
花粉症 (      ) けいれん (      ) 薬剤アレルギー (      )  
高血圧 (      ) 糖尿病 (      ) 心臓病 (      )  
肝臓病 (      ) 腎臓病 (      ) その他 (      )

※これまでに入院、手術を受けたことはありますか?

いいえ・はい → ( 病名:      ) ( 病院:      ) ( 時期:      )