

問診票

診察券番号 ()

記入日： 年 月 日

フリガナ		男・女	生年月日	
氏名			平・令・西暦	年 月 日 (歳 ヶ月)
住所	〒 -			
電話番号	携帯 () 自宅 ()			
出生時の様子を教えてください？(母子手帳で確認)				
在胎週数 () 週 () 日 出生体重 () g <input type="checkbox"/> 正常分娩 <input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> 異常分娩				
予防接種は予定通り進んでいますか？(母子手帳で確認)				
<input type="checkbox"/> 予定通り <input type="checkbox"/> できていないものがある <input type="checkbox"/> 全くしていない				
食べ物やお薬でじんましんなどのアレルギー症状が出たことがありますか？				
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 食べ物 () <input type="checkbox"/> お薬 ()				
最近の体重 () kg			本日の体温 () °C	
本日はどうされましたか？当てはまるものにチェックをつてください。				
<input type="checkbox"/> 発熱(最高体温 °C) <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 鼻汁 <input type="checkbox"/> 咽頭痛 <input type="checkbox"/> ゼイゼイ <input type="checkbox"/> 耳の痛み				
<input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 嘔気 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 発疹				
<input type="checkbox"/> その他 ()				
症状はいつからありますか？ () 日・週間・ヶ月。年前から				
38°C以上の発熱はいつからありますか？ なし () 日前から				
元気さや食欲はどうですか？				
元気さ (<input type="checkbox"/> 元気 <input type="checkbox"/> まずまず元気 <input type="checkbox"/> 少ししんどい <input type="checkbox"/> ぐったり)				
食欲 (<input type="checkbox"/> いつも通り <input type="checkbox"/> 少なめ <input type="checkbox"/> 全くなし)				
水分 (<input type="checkbox"/> いつも通り <input type="checkbox"/> 少なめ <input type="checkbox"/> 全くなし)				
おしっこ (<input type="checkbox"/> いつも通り <input type="checkbox"/> 少なめ <input type="checkbox"/> 全くなし)				
家族や周囲で病気や症状のある方がおられますか？				
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()				
現在通っている保育園、幼稚園、学校を教えてください。 ()				
そこで流行している病気があれば教えてください。 ()				
現在飲んでいるお薬がありますか？(お薬手帳を見せてください)				
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()				
どんな種類の薬が飲めますか？			解熱剤は飲み薬が良いですか、座薬が良いですか。	
<input type="checkbox"/> シロップ <input type="checkbox"/> 粉薬 <input type="checkbox"/> 錠剤またはカプセル			<input type="checkbox"/> シロップ <input type="checkbox"/> 粉薬 <input type="checkbox"/> 錠剤 <input type="checkbox"/> 座薬	
希望される項目があれば選んでください。				
<input type="checkbox"/> お薬の変更 <input type="checkbox"/> 抗原検査 <input type="checkbox"/> 血液・尿検査 <input type="checkbox"/> 指示書や診断書 <input type="checkbox"/> その他 ()				

ご協力ありがとうございました。

たまたにこどもクリニックぜひ