

新患小児科問診票

ふりがな		男 ・ 女	生年月日	平成	年	月	日
お名前				(歳 ヶ月)			
出生体重	g (週)	兄弟(姉妹)	人兄弟(姉妹)の 番目				
分娩時・出生後の異常で医師の診察を受けていますか 病名()・いいえ							
今までに特別な病気(先天異常、心臓、その他の病気にかかり、医師の診察を受けていますか 病名()・いいえ							
薬・食物アレルギーはありますか ない・わからない・ある (薬名: 食品名:							
けいれんをおこした事がありますか ない・ある (回 : 最終H 年 月)							

- ◆本日の受診目的 予防接種、育児相談、上記枠内の記入ができたなら小児科窓口にお出し下さい
 発熱、腹痛、嘔吐、その他の方は下記枠内にご記入ください

体温: . °C	体重: . Kg
◇該当の症状にチェックして詳細を記入して下さい	
熱	<input type="checkbox"/> 発熱 いつから(月 日 午前・午後 時頃 : その時の体温 °C)
	<input type="checkbox"/> 解熱剤の使用 (なし・あり 使用した時間 : 時 分)
咳・鼻水	<input type="checkbox"/> せき いつから(月 日) どんな(から咳・痰がらみ・ゼーゼー・その他())
	<input type="checkbox"/> 鼻水 いつから(月 日) どんな(さらさら・ネバネバ・鼻づまり・その他())
お腹の症状	<input type="checkbox"/> 下痢 1日 回 いつから(月 日) 最終排便(月 日)
	<input type="checkbox"/> 嘔吐 1日 回 いつから(月 日 時頃~)
	<input type="checkbox"/> 吐き気 いつから(月 日 時頃~)
	<input type="checkbox"/> 便秘 最終排便 (月 日)
その他	<input type="checkbox"/> 痛い どこが (頭・おなか・のど・耳・その他()) いつから(月 日 時~)
	<input type="checkbox"/> 湿疹 部位 (全身・顔・身体・手足・関節のところ・その他:) いつから(月 日 時~)
	<input type="checkbox"/> その他の症状

☆ 他院のお薬を使用していますか？

いいえ・はい → お薬手帳・処方内容のわかるものをスタッフにお渡し下さい

☆ 患者さまの症状によっては予約状況に関わらず、診察の順番が前後することがあります。あらかじめご了承下さい