

あさひ台クリニック 問診票 【小児】

☆診察がスムーズに行えるようにご記入いただくものです。ご無理のない範囲でお書きください。 年 月 日

☆再診の方は個人情報の部分は変更がなければ 枠内のみで結構です。問診の部分をご記入ください。

ふりがな		生年月日	年齢
受診者氏名	(S・H) 男・女	年 月 日生	歳 ヶ月
住所	〒	身長	c m
		体重	k g
電話番号	自宅 () - - 携帯 - -	現在の体温 °C	

今日はどうぞされましたか？
 診察 検査希望があれば○をつけてください。
 レントゲン・アレルギー検査・ウィルス迅速検査
 その他()
 定期通院 [薬処方希望 有・無]
 紹介状持参
 乳児健診 (歳 ヶ月) [横浜市のクーポン 有・無]
 ワクチン接種 (希望ワクチン名)

診察の方は、いつからどのような症状がありますか？
 発熱 / ~ 嘔吐 / ~ 回
 鼻水 / ~ 下痢 / ~ 回
 咳 / ~ 腹痛 / ~
 ぜーぜー / ~ 発疹 / ~
 のどの痛み / ~ 食欲 有・無
 耳の下の腫れ / ~ その他()

《経過》症状が現れてからの経過をお聞かせください。

現在内服中の薬はありますか？治療中の病気はありますか？
 ()

今までにかかった病気に○をつけてください。
 麻疹(はしか) 風疹(3日はしか) 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) 百日咳
 水痘(みずぼうそう) 中耳炎 喘息 川崎病 てんかん 熱性けいれん
 心臓病() 腎臓病()
 アレルギー疾患() その他()

入院や手術の既往はありますか？()

薬剤アレルギー 有・無 薬剤名()

食物アレルギー 有・無 食品名()

ご家族に具合の悪い方がいますか？幼稚園・保育園・学校に具合の悪い方や流行っている病気はありますか？()

予防接種の済んでいるもの、すでにかかっているものに○を付けてください。
 麻疹(はしか) 風疹(3日ばしか) 水痘(水ぼうそう) おたふく BCG 三種混合
 ポリオ 日本脳炎

その他、診察にあたり伝えておきたいこと、質問などがありましたらお書きください。
 ()