

大学橋ファミリークリニック小児用問診票

No. _____ (____ : ____)

ふりがな

T・S・H 年 月 日

お名前： _____ 男 ・ 女

年齢： _____ 歳 _____ ヶ月

住所： _____

電話番号 (自宅) : _____
(携帯) : _____

身長： (およそ) _____ cm

体重： (およそ) _____ kg

1. 本日はどうしましたか？ (丸をつけてください。いくつでも。)

- ・ 熱が出た。もしわかれば、 _____ °C程度。
- ・ 咳や痰が出る。ゼイゼイと息が苦しい。
- ・ 鼻水がでる、または鼻がつまる。
- ・ 食欲がない、またはありすぎる。
- ・ けいれんを起こした。
- ・ 耳が痛い。耳から血や膿がでる。
- ・ 目やにが出る。目が赤い。
- ・ おなかが痛い。
- ・ おしっこがおかしい
- ・ 下痢、または便秘。
- ・ 嘔吐。
- ・ 発疹が出た。
- ・ 体がかゆい。
- ・ おへそやおなかが腫れている。

・ その他。具体的に。 _____

・ やけど、けがなど。部位は？具体的に。 _____

2. ご家族におなじ症状のひとはいますか？ いる ・ いない

いる場合、それはどなたですか？ (具体的に) _____

3. いま、のんでいる薬があればおしえてください。

(具体的に) _____

4. 薬や食べ物でなにかアレルギーがあれば、おしえてください。

(具体的に) _____

5. アトピー性皮膚炎やぜんそく、またはアレルギー性鼻炎がありますか？ ある ・ ない

6. これまでにかかった大きな病気やけががあればおしえてください。

(具体的に) _____

7. 今までに受けた予防接種に丸をつけてください。いくつでも。

- ・ 肺炎球菌ワクチン ・ ヒブ ・ 四種混合 ・ BCG
- ・ 麻疹・風疹混合 ・ 日本脳炎
- ・ 水ぼうそう ・ おたふくかぜ ・ B型肝炎 ・ ロタウイルス

・ その他 (具体的に) _____