新患問診票(小児科)

受付NO.

記入日　　年　　月　　日

ふりがな		性別	ご住所	〒(　　－　　)
お名前		男 女		
生年月日	H・R　　年　　月　　日		電話	(　　)
年齢	歳　　ヶ月			
体重	Kg		携帯電話	(　　)
体温	℃			

〇お薬や食べ物に対してアレルギーはありますか？　ない・ある（薬名:　　）

（食品名:　　）

本日はいかがなさいましたか？(該当の症状に〇をして、記載してください。)

◇発熱　いつから(　　体温　　℃) 解熱剤使用(　あり・なし　)

痙攣の既往　あり(最終　　年　　月　　日　計　　回) 抗痙攣剤使用(あり・なし)

◇はな　いつから(　　)さらさら・ネバネバ・鼻づまり・ほか(　　)

◇せき　いつから(　　)痰がらみ・から咳・ゼーゼー・ほか(　　)

◇嘔吐　いつから(　　)回数(1日　　回くらい) 最後に吐いた時間　　時頃

◇下痢　いつから(　　)回数(1日　　回くらい) 最後に出た時間　　時頃

かたち(水様・泥状・軟)　色(黄茶色・白色・血が混ざる)

◇食欲　(あり・少なめ・なし)

◇肌【赤み・乾燥】　　月　　日　部位: 頭・顔・手・足・お尻・お腹・背中・ほか

◇発疹【ブツブツ・水疱】　　月　　日 ～ 部位: 頭・顔・手・足・お尻・お腹・背中・口の中・ほか

◇上記以外の症状(　　)

◇書類希望(　　)

【書類代】治癒証明書 330円　アレルギー生活管理票 1通 1,100円　与薬依頼書 1通 1,100円

その他

1. 出生時の体重 (妊娠　　週　　g)
2. 出生時のことで伝えておきたいこと　(　　)
3. 兄弟・姉妹はいらっしゃいますか　いない・いる(　人兄弟(姉妹)の　番目)
4. 今までにかかった病気について〇をつけてください。
   突発性発疹・はしか・風疹・水ぼうそう・おたふく・百日咳・気管支炎・喘息・肺炎
5. 入院歴　　年　　月　　日 ～　　日間　病名(　　)
6. 予防接種を受けたことがありますか　いいえ・はい (受けた予防接種すべてに〇をつけてください)
   ヒブワクチン(1・2・3・追加)・肺炎球菌(1・2・3・追加)・B型肝炎(1・2・3)
   四種混合(1・2・3・追加)・MR(1・2)・水痘(1・2)・おたふく(1・2)
   二種混合(ジフテリア＋破傷風)・日本脳炎(Ⅰ期 1・2・追加)(Ⅱ期)
   ロタ生ワクチン(1・2・3)・BCG　・その他(　　)
7. お薬は飲めますか　はい(水薬・粉薬・錠剤・カプセル)・苦手・わからない

☆アンケートにご協力をお願いいたします。どのようにして当院をお知りになりましたか？

① インターネット(ホームページ・検索サイト)　② クリニック前看板　③ 家が近い　④ 会社が近い

⑤ 紹介(他医療機関から・家族から・友人から)　⑥ その他(　　)