

初診問診表



| | | | |
|----------------------------------|------------|----------|---------|
| おなまえ (ひらがなでお書き下さい) くん・ちゃん | かくり () | | |
| | 年齢 歳 ヶ月 | 体重 kg | 体温 ℃ |

◎住所 _____

◎連絡先 (自宅) _____ (携帯) 父・母 _____

◎生年月日 _____年 _____月 _____日 正常分娩 帝王切開

◎出生時の状態 出生体重 _____g 在胎週数 _____週 _____日 異常分娩 ()

本日はどうされましたか? ※おたふく・水ぼうそう・はやり目などを疑う場合は受付にお声かけ下さい

発熱 (いつから 月 日 AM/PM 時 ℃~ 最高 _____℃)
解熱剤使用 (あり・なし)

はな (いつから 月 日~) → (さらさら・ネバネバ・鼻づまり・他 _____)

咳 (いつから 月 日~) → (痰がらみ・から咳・ゼーゼー・咳き込み嘔吐・他 _____)

嘔吐 (いつから 月 日~) 回数 (1日 回) 最終嘔吐 (月 日 AM/PM 時)

下痢 (いつから 月 日~) 回数 (1日 回)
かたち (水様・泥状・軟) 色 (黄茶色・白色・血が混ざる・他 _____)

便秘 (いつから 月 日~) ふだんの排便 (_____日に _____回)
自宅で行っている便秘ケア (_____)

肌 (いつから 月 日~)
状態 (ぶつぶつ・赤み・乾燥) 部位 (頭・顔・手・足・お腹・背中・お尻・口の中・他 _____)
軟膏塗布 (あり・なし) 回数: (_____日に _____回)

痛み (いつから 月 日~) 部位 (頭・耳・のど・お腹・他 _____)

他院受診 (いつ 月 日 病院)

その他・気になる症状等をご記入下さい (いつから 月 日~)



いまの状態はどうですか?

◎水分摂取 (いつもどおり 少ない 飲めない) ◎食事摂取 (いつもどおり 少ない 食べない)

◎睡眠 (いつもどおり 浅い 眠れない) ◎機嫌・元気 (いつもどおり 少し悪い 悪い)

◎ご家族や周りで体調を崩している方はいますか?

なし・あり → (_____ 学校・幼稚園・保育園) 病名: _____

家族 (_____) 病名: _____

現在使っているお薬 (飲み薬・塗り薬) はありますか?

なし あり → お薬手帳をそえるかお薬のなまえをご記入下さい

(_____)

アレルギーについて なし (現在のところ) あり (_____)

内服可能なお薬の形 水薬 粉薬 錠剤またはカプセル 服用したことがない

接種済みの予防接種

肺炎球菌 (1/2/3/追加) ヒブ (1/2/3/追加) 四種混合 (1/2/3/追加) BCG

麻疹風疹 (1/2) おたふくかぜ (1/2) 水痘 (1/2) 三種混合 (1/2/3/追加) ポリオ (1/2/3/追加)

日本脳炎 (1/2/3/追加) ロタ (1/2/3) B型肝炎 (1/2/3) 他 (_____)

今までにかかった病気

特になし 突発性発疹 (オ) 痙攣 (オ) みずぼうそう (オ) 川崎病 (オ)

他 (_____)