

小児科問診票

特定医療法人社団御上会 野洲病院

平成 年 月 日

お名前

(男・女) 年齢

歳

カ月 体温

℃ 体重

kg

該当する項目がある場合のみ <input type="checkbox"/> V して下さい	現在治療中または疑いのある場合に <input type="checkbox"/> V して下さい
<input type="checkbox"/> 生後3カ月未満である	<input type="checkbox"/> 麻疹(はしか)
<input type="checkbox"/> 意識状態がおかしい	<input type="checkbox"/> 風疹
<input type="checkbox"/> ケイレンを起こした	<input type="checkbox"/> 水痘(水ぼうそう)
<input type="checkbox"/> 喘息の症状が出ている	<input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)
<input type="checkbox"/> 呼吸困難がある	
<input type="checkbox"/> 嘔吐・下痢をくり返しひどくぐったりしている	
<input type="checkbox"/> 発疹が短時間で広がっている	
<input type="checkbox"/> 今までにないほど痛がっている(部位:)	
<input type="checkbox"/> 反応に乏しく明らかにいつもと違う	
<input type="checkbox"/> 異物を誤飲した(いつ頃: 何を:)	

1. いつからどのような症状ですか?具体的にご記入下さい

2. アレルギーはありますか?

(薬・注射・食べ物(果物含む)・ゴム製品などで蕁麻疹やショックなど)

ない ある → { 具体的にご記入下さい }

3. 現在治療中の病気・服薬中のお薬はありますか?

ない ある → { ※お薬手帳・処方を受けた時の説明書などをご持参でしたら診察時に提示してください }

4. 大きな病気(手術や入院)をしたことがありますか?

ない ある → { 具体的にご記入下さい }

5. 受診前の最後のお食事は何を、どれくらい食べられましたか?

{ }

6. お薬の形状の希望について V をつけてください

シロップ 散剤(粉薬) 錠剤 坐薬 どれでもよい

7. 今までに受けた予防接種に V をつけてください

{ BCG ポリオ 日本脳炎 三種混合 MR(麻疹・風疹) 麻疹
 風疹 おたふく ヒブ 肺炎球菌 水痘 ロタ }

8. 集団生活の経験はありますか?

ない { ある: 保育園 幼稚園 小学校 中学校 }

※以下は入院される場合のみご記入下さい

1. 連絡先の記入を2カ所お願いします

① TEL - - お名前()

② TEL - - お名前()

ご協力ありがとうございました。