

# はじめて受診された方の問診票（こども用）

平成 年 月 日

No \_\_\_\_\_

フリガナ お名前	男 女	生年月日 平成 年 月 日（ 歳 カ月）
住所 〒	電話番号 携帯番号	
（ ）人兄弟の（ ）番目	学校・幼稚園・保育園（ ）	体重 kg 体温 ℃

当てはまる口に✓をおつけください。

診察（①～⑩をご記入下さい。）

予防接種・乳幼児健診（②⑥⑦のみご記入ください。）

①本日はどうなさいましたか？

②本日の様子を教えてください。

- ・きげんはいかがですか？  よい  まあまあ  わるい
- ・食欲はありますか？  ある  あまりない  ない
- ・水分は摂れていますか？  飲める  少し  飲めない
- ・睡眠はいかがですか？  よく眠れている  まあまあ眠れている  あまり眠れていない

③次の症状で当てはまる口があれば、✓をおつけください。

- 発熱（いつから 月 日AM/PM 時頃～ ℃）→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・他 \_\_\_\_\_）
- 嘔吐（いつから 月 日～）→（1日 回・最後に吐いた時間AM/PM 時頃）
- 下痢（いつから 月 日～）→（1日 回）（水様・泥状・軟）（黄茶色・白色・血便）
- 肌（ぶつぶつ・赤み・乾燥）（ 月 日～）部位（頭・顔・手・足・お尻・口の中・他 \_\_\_\_\_）

④現在、使っているお薬（飲み薬・塗り薬）があればお書きください。

ない  ある（ \_\_\_\_\_ ）

⑤現在周囲で流行している病気はありますか？  ない  ある（ \_\_\_\_\_ ）

⑥今までにかかった病気はありますか？  ない  ある（ \_\_\_\_\_ ）

⑦アレルギーはありますか？  なし  不明（検査したことがない）

アレルギー性鼻炎  花粉症  喘息  アトピー皮膚炎

食べ物（牛乳・卵・他 \_\_\_\_\_）  薬（薬名 \_\_\_\_\_）

⑧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）

⑨熱さましはご希望ですか？  いらぬ  いる（ 坐薬  シロップ  粉薬  錠剤）

⑩保険証のコピーをとらせて頂いてもよろしいですか？  はい  いいえ

ご記入ありがとうございました。

診察状況によりご予約時刻に診察を開始できないことがあります。あらかじめご了承ください。

外観（動かない遊ばない興奮泣かない）呼吸（喘鳴努力呼吸）皮膚（冷感蒼白） HR bpm SpO2 % RR /m BT ℃ Capi s	隔離（通常 アルコール 次亜塩素 換気）次回 / 要隔離 診断:
---	-------------------------------------

