

はじめて受診された方の問診票（こども用）

令和 年 月 日

No _____

フリガナ お名前	男 女	生年月日 平成 令和 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 平熱 ℃	隔離（通常 アルコール 次亜塩素 換気）次回 / 要隔離 診断: 取り込み有
---	--