

★ 初診の方は下記の項目もご記入ください★

むらた小児科 問診票 平成 年 月 日

ふりがな (.....)

お名前 (男・女) 体重 kg 体温 °C

生年月日 年 月 日生 年齢 歳 カ月

住所または電話番号に変更のあった方はお申し出ください。

1、今日は、どのようなことで来院されましたか？

□初めての受診です

□前回の続きです・・・□良くなった □悪くなった □変わらない

2、症状について、くわしく教えてください。

- ①熱 □なし □あり→いつからですか？( 月 日から)
→各日の熱の最高値は？(例：3/15に39.4度、3/16に38.2度など)
( )
②咳 □なし □あり・・・□ときどき □せき込む □ぜろぜろ □苦しそう
③鼻水 □なし □あり □鼻づまり □くしゃみ
④腹痛 □なし □あり
⑤下痢 □なし □あり→いつからですか？( 月 日から)
見た目は？・・・□水様 □泥状 □血便 回数は？・・・日に( )回(一番多い時)
⑥おう吐 □なし □あり→いつからですか？( 月 日から)
⑦食欲 □あり □なし→いつもの( )%くらい
⑧発疹 □なし □あり→いつからですか？( 月 日から)
→どこに？( ) →かゆみは？ □なし □あり
⑨痛みがありますか？ □なし □頭 □のど □関節 □その他( )
⑩機嫌、気力は？ □良い □ふつう □悪い
⑪その他(自由に書いてください)

Empty box for additional notes.

3、現在、保育所、幼稚園、学校、近所で流行している病気はありますか？

□ない □わからない □ある・・・( )

4、今、飲んでいるお薬はありますか

□ない □ある・・・□当院の処方 □別の病院の処方 →受付に出してください

5、お薬の種類で飲みやすいものに○をつけてください

□水薬 □粉薬 □カプセル □錠剤 □どれも苦手 □飲んだことがない

Form for address and phone number. (住所) 〒 \_\_\_\_\_ (電話) \_\_\_\_\_ (携帯) \_\_\_\_\_

6、今までにかかった「感染症」をチェックしてください

□RSウイルス □突発性発疹 □水ぼうそう □おたふくかぜ □百日咳 □麻しん □風しん □その他( )

7、現在までに済んでいるワクチンをチェックしてください

□肺炎球菌 □ヒブワクチン □ロタウイルス □B型肝炎 □BCG □四種混合 □MR(麻しん・風しん) □水ぼうそう □おたふくかぜ □日本脳炎 □二種混合 □インフルエンザ □ポリオ □子宮頸がん □その他( )

8、今までに食品や薬で湿疹、かぶれなどが出たことがありますか

□いいえ □ある(卵 牛乳 小麦) その他の食品( ) □お薬( ) □その他( )

9、現在、治療中の病気はありますか

□いいえ □ある・・・□喘息 □アトピー性皮膚炎 □ひきつけ □膠原病 □腎臓病 □心臓病 □その他の病気( )

10、過去に病気にかかったことがありますか

□いいえ □ある・・・□喘息 □アトピー性皮膚炎 □花粉症 □ひきつけ □膠原病 □腎臓病 □心臓病 □その他の病気( )・・・何才頃ですか？( )才

11、入院や手術をしたことがありますか

□いいえ □ある(病名 \_\_\_\_\_、 \_\_\_\_\_ 才頃)

\*\*\*\*\*



むらた小児科 MURATA KIDS' CLINIC

〒566-0021 大阪府摂津市南千里丘4-25 コノミヤ摂津市駅前店2階 TEL 06-6317-3900

Table with columns for time slots (午前9:00~12:00, 午後2:00~3:30, 午後4:30~7:00) and days of the week (日, 月, 火, 水, 木, 金, 土). Includes notes on appointment times and clinic days.