

むらた小児科 問診票

ふりがな _____ 体重 kg 体温 ℃

お名前 (男・女) _____ 年齢 歳 か月

_____ 生年月日 年 月 日生

以下の問診で該当する にチェックをいれてください

- お子さまについて、24時間以内に37.5℃以上の発熱がありますか? はい いいえ
●本日お付添いの保護者さま・ごきょうだいについて、24時間以内に37.5℃以上の発熱がありますか? はい いいえ

※「はい」にチェックを入れられた方は、先に処方箋を薬局にFAX送信させていただいております。以下の情報もご記入ください。

- 携帯番号 (-)
■本日も行かれる薬局 ニューロン ウエルシア その他()
■本日は何でお越しですか? 徒歩 自転車
 車(車種 /車No /色)

お車の方は、お車の場所(この板に貼付している図を参照してください)をOしてください (A B C D E)

1、今日はどのようなことで受診されましたか?

- 前回の続き・・・よくなった 悪くなった 変わらない
違う症状が出てきた
定期受診・・・喘息 肌のトラブル リウマチ・膠原病
舌下免疫療法 その他()

2、症状があるものにOを付けてください。

37.5℃以上の発熱(月 日 時から)
熱の経過(各日の最高値を記入ください)
()
・咳 ・ゼーゼー ・苦しそう ・鼻水 ・鼻づまり
・頭痛 ・喉の痛み ・関節痛 ・腹痛 ・その他痛み()
・下痢 ・嘔吐 ・発疹(月 日~) ・肌荒れ ・食欲なし(%)

その他(ご自由にお書きください)

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→受付にお出しください

5、お薬の種類で、飲みやすいもの

- 水薬 粉薬 カプセル 錠剤 どれも苦手 飲んだことがない

★初診の方は、下記の項目もご記入ください★

(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 新型コロナウイルス
おたふくかぜ 麻疹 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 麻疹・風しん 水ぼうそう おたふくかぜ
日本脳炎 二種混合 子宮頸がん 新型コロナウイルス
インフルエンザ その他()

8、今までに食品や薬で発疹などのアレルギー症状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・・・ぜん息 アトピー性皮膚炎 アレルギー性鼻炎
膠原病・リウマチ ひきつけ
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・・・ぜん息 アトピー性皮膚炎 アレルギー性鼻炎
膠原病・リウマチ ひきつけ
その他の病気()

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)

〒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

<MKC 2024. 3.1>

TEL 06-6317-3900