

★ 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

西暦 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
⑤腹痛 □なし □あり
⑥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)
⑦おう吐 □なし □あり→いつからですか？(月 日から)
⑧食欲 □あり □なし→いつもの()%くらい
⑩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
⑪痛みがありますか？ □なし □頭 □のど □関節 □その他()
⑫機嫌、活気は？ □良い □ふつう □悪い
⑬その他(自由に書いてください)

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

(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