

むらた小児科 問診票

年 月 日

ふりがな..... 保護者体温.....℃

お名前 (男・女) 体重 kg、体温.....℃

お誕生日 年 月 日生 年齢 才 ヶ月

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？

- 前回の続きです・・・□良くなった □悪くなった □変わらない
□初めての受診です
□定期受診です・・・□ぜん息 □肌のトラブル □リウマチ・膠原病 □舌下免疫療法

2、症状について、くわしく教えてください

- \*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)
( )
\*咳 □なし □あり・・・□ときどき □せき込む □ぜろぜろ □苦しそう
\*鼻水 □なし □あり □鼻づまり □くしゃみ
\*痛みがありますか？ □なし □頭 □のど □関節 その他( )
\*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)
\*嘔吐 □なし □あり→いつからですか？( 月 日から)
\*食欲 □あり □なし→いつもの( )%くらい
\*発疹 □なし □あり→いつからですか？( 月 日から)
→どこに？( )
\*機嫌、活気は？ □良い □ふつう □悪い
\*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

★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 □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 □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 2023.4.21>

TEL 06-6317-3900