

むらた小児科 問診票

ふりがな _____ 体重 kg 体温 °C
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○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○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 → 受付にお出してください

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★

ふりがな _____ 生年月日 _____
お名前 _____ (男・女)
住所 〒 _____ - _____
電話番号 _____ 携帯 _____

6、他院からの紹介状をお持ちですか?・・・ いいえ はい

7、今までにかかった感染症をチェックしてください

- RSウィルス 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(_____)

8、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 五種混合 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(_____)

9、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(_____)

10、現在、治療中の病気はありますか?

- いいえ ある(_____)

11、過去に病気にかかったことがありますか?

- いいえ ある(_____)

12、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)

13、現在、妊娠の可能性はありますか?・・・ いいえ はい(_____ 週数)

14、大人の方へ:この1年間で、特定健診や高齢者健診を受けられましたか?

- いいえ はい

●当院は、診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
●正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。