小児科初診問診表

記入日　　年　　月　　日

ふりがな		ご住所	〒
お名前			
生年月日	平成　　年　　月　　日	電　話	
年齢・性別	歳　　ヶ月　男・女	携　帯	
体　重	ｋｇ	通園・通学先	

＊症状（あてはまるものに○および詳細の記入を）

・発熱　月　日　時頃～＿＿＿＿℃　／来院前の体温　時頃＿＿＿＿℃
経過：山越えた　・　出たり退いたり　・　ずっと出ている

・咳　月　日～　咳の性質：痰がからむ　・　空咳　・　ケンケン　・　ゼーゼー
時間帯：一日中　・　夜に強い　・　寝起きに強い

・鼻水　月　日～　水鼻　・　青鼻　・　つまっている　・　めやにが出る

・嘔吐　月　日～　回数＿＿＿＿／日→悪化傾向　・　かわらない　・　改善傾向
最終嘔吐＿＿＿＿日＿＿＿＿時頃

・下痢　月　日～　回数＿＿＿＿／日→悪化傾向　・　かわらない　・　改善傾向
便の性状（泥状便・水便・不消化・白色便・すっぱい臭い）

・便秘　月　日～　おならあり　・　腹痛あり　・　食欲なし

・発疹　月　日～　部位：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
経過：悪化傾向　・　かゆがっている　・　出たり退いたりする

・痛み　月　日～　部位：頭・腹・のど・耳・その他＿＿＿＿＿＿＿＿

・他　月　日～　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

今までにかかった病気に○をつけてください。
突発性発疹　・　ひきつけ　・　じんましん　・　中耳炎　・　百日咳　・　気管支炎　・　喘息　・　肺炎　・　下痢
その他　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

これまでに受けた予防接種に○をつけて下さい。（かかった場合も記入して下さい）

BCG：済み・まだ　　ﾎﾟﾘｵ：1回・2回・まだ
三種混合：1期の1回・2回・3回　　1期追加・2期・まだ
はしか：済み・まだ・かかった　　風疹（三日ばしか）：済み・まだ・かかった
MR（麻疹・風疹混合）：1期・2期・3期・4期・まだ
おたふくかぜ：済み・まだ・かかった　　日本脳炎：1回・2回・追加・2期・まだ
みずぼうそう：：済み・まだ・かかった　　Hib：1回・2回・3回・4回
PCV：1回・2回・3回・4回

食物ｱﾚﾙｷﾞｰの有無：　ない　・　ある（食品名：　　）・わからない

薬に対するｱﾚﾙｷﾞｰの有無：　ない　・　ある（薬品名：　　）・わからない

お薬は飲めますか？：　はい（　水薬・粉薬・錠剤・ｶﾌﾟｾﾙ　）　・　苦手　・　わからない

兄弟・姉妹はいらっしゃいますか？：　いない　・　いる（　　人兄弟(姉妹)の　　番目　）

花見川中央クリニック