

初診問診票

日付: 年 月 日

ふりがな

氏名 (男・女) 年齢 歳

生年月日: S・H 年 月 日

住所 〒

電話番号: - -

携帯番号: - -

体重 kg 体温 °C(現在) (小学校 年 組) 周りで流行っている病気

I. どのような症状がありますか (幼稚園・保育園 組) なし・あり:

症状	いつから	当てはまるものに○
熱	なし・あり→	解熱剤使用 あり・なし
咳	なし・あり→	乾いた咳・湿った咳 夜(寝入る時・夜中・起床後)に多い 昼も夜も多い 昼に多い
鼻水	なし・あり→	みずっぽい・黄～緑色 鼻づまり(あり・なし)
喘鳴	なし・あり→	ゼーゼー・ヒューヒュー・ゼロゼロ
のどの痛み	なし・あり→	強い・咳のとき・飲み込むとき
耳の痛み	なし・あり→	右耳・左耳・両方
頭痛	なし・あり→	頭全体・前の方・後ろ・横・てっぺん
嘔吐	なし・あり→	最後に嘔吐したのは
下痢	なし・あり→	1日に 回 水様・どろどろ・やわらかめ
腹痛	なし・あり→	食事の時・食事と関係なく
便秘	なし・あり→	最後の排便は
発疹	なし・あり→	どこに: かゆみ(あり・なし)
その他		

II. 今日の体調

- *水分摂取量 (普通 ・ やや少ない ・ 少ない)
- *睡眠 (普通 ・ 時々起きる ・ ほとんど眠れない)
- *食事 (普通 ・ やや少ない ・ 食べない)
- *薬 (飲む ・ 苦手 ・ 飲んだことがない ・ 錠剤がよい)

III. 出生から今までのことについて

(1) 出生の状況

出生体重()g 在胎週数()週 出生時の異常 なし あり()

(2) 今までにかかった病気

はしか 風疹 おたふく 鼻アレルギー 熱性けいれん
水ぼうそう 喘息 アトピー 突発性発疹 その他()

(3) アレルギー

薬物アレルギー なし あり()
食物アレルギー なし あり()
その他 なし あり()

(4) 予防接種(クリニックで記入致しますので、母子手帳をお出してください)

*4種混合・3種混合 未 済み(1回目 2回目 3回目 追加)
*ポリオ(経口) 未 済み(1回目 2回目)
*ポリオ(注射) 未 済み(1回目 2回目 3回目 追加)
*ヒブ 未 済み(1回目 2回目 3回目 追加)
*小児肺炎球菌 未 済み(1回目 2回目 3回目 追加)
*BCG 未 済み
*日本脳炎 未 済み(1回目 2回目 追加 2期)
*水痘 未 済み(1回目 2回目)
*おたふくかぜ 未 済み(1回目 2回目)
*MR(麻疹・風疹) 未 済み(1期 2期)
*B型肝炎 未 済み(1回目 2回目 3回目)
*2種混合 未 済み *ロタワクチン 未 済み