

はしかの疑い、みずぼうそうの疑い、おたふくかぜの疑い、全身の発疹が出ている方はお申し出ください。
お子様の状態や診察状況により、順番が前後したり待ち時間が長くなる場合がございます。御了承ください。

桃山こどもクリニック問診票（初診用）

平成 年 月 日

ふりがな

お名前 _____（男・女）

生年月日 S・H 年 月 日 年齢 歳 カ月

身長 _____ cm 体重 _____ kg 体温 _____ °C 在胎週数 _____ 週 日 出生体重 _____ g

住所 〒 _____

電話番号 _____

当院を何でお知りになりましたか？ ホームページ 口コミ 看板 その他（ _____ ）

薬や食べ物のアレルギーはありますか？ ない ある（ _____ ）

これまでに入院するような病気・大きな病気 ない ある（ _____ ）

通園・通学している いいえ はい（ _____ ）保育園・幼稚園・小学校・中学校

周囲で流行している病気はありますか？ ない ある（ _____ ）

本日の受診理由 診察 投薬 吸入 鼻汁吸引 検査 傷の処置 その他

現在の状態について

☆食欲 ある あまりない ない

☆水分 飲める 少し 飲めない

☆機嫌・活気 良い まあまあ 悪い

☆尿量 いつも通り 少ない（最終排尿は _____ 日の _____ 時頃）

☆次の症状で当てはまるものがあれば、□にチェックしてください。

発熱 _____ 月 _____ 日 _____ 時頃～ _____ °C 最高 _____ °C 解熱剤の使用 なし あり
最終使用： _____ 月 _____ 日 _____ 時頃

咳 _____ 月 _____ 日～ 痰がらみ 空咳（コンコン） 甲高い咳（ケンケン）
朝方にひどい 夜にひどい 一日中

喘鳴 _____ 月 _____ 日 _____ 時頃～ ゼーゼー ヒューヒュー 会話不能

鼻水 _____ 月 _____ 日～ 透明 黄色 緑色 の鼻汁が出る 鼻づまり 目やに くしゃみ

咽頭痛（のどの痛み） _____ 月 _____ 日～ 飲み込めない

嘔吐 _____ 月 _____ 日～ _____ 回ほど 吐物の性状（食物残渣 緑色 赤色 黒色）

下痢 _____ 月 _____ 日～ _____ 回ほど 便の性状（軟便 水様便 白色便 血便）

便秘 _____ 月 _____ 日～ おならあり 腹痛あり お腹が張っている 食欲なし

腹痛 _____ 月 _____ 日～ 部位： _____ ずっと痛い 波がある（間欠的）

発疹 _____ 月 _____ 日～ 部位： _____ かゆい かさかさ じくじく 赤み

その他（ _____ ）

☆現在または最近まで使用していたお薬はありますか？

なし あり（病院名： _____ お薬名： _____ ）

☆ご希望のお薬の形は？ 粉薬 シロップ 錠剤 どれでもよい

☆本日、解熱剤（熱さまし）はご希望ですか？ 不要 必要（坐剤 粉薬 錠剤）

☆診察前に医師や看護師に伝えたいことがございましたら、下欄にご記入ください。

上記内容は診療を円滑に進める目的にのみ使用させていただきます。 桃山こどもクリニック