

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）

西暦 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。