

問診票（初診）

体に発疹が出てきた方、インフルエンザ疑い、みずぼうそう疑い、おたふくかぜ疑い、はしか疑いの方は必ずお申し出下さい

診察券 No. _____

ふりがな
お名前

(男・女) 生年月日：昭和・平成 年 月 日

体温 _____ °C 体重 _____ kg 身長 _____ cm

★ご来院目的： 診察 検査 その他 (_____)

★現在の状態はいかがですか

元気： 普段通り 少しない あまりない まったくない機嫌： よい 少し悪い 悪い 非常に悪い食欲： 普段通り 少しない あまりない まったくない水分： 普段通り摂れる あまり摂れない 全く摂れない

哺乳量（乳児の方のみ）：1回 _____ ml、 1日 _____ 回

★現在、使用しているお薬はありますか？（お薬手帳やメモをお渡しいただいても結構です）

いいえ・はい（病院名： _____ 薬の名前： _____）

★希望されるお薬の種類に○をつけてください： 粉薬・シロップ（水剤）・錠剤

★本日、解熱剤（熱さまし）の処方をご希望ですか？（熱のある方のみ）：必要（坐薬・粉薬・錠剤）・不要

★アレルギーにより、食べるのを控えている食物はありますか？

 ない ある（食物などの名前： _____）

★お薬や予防接種などによりアレルギー反応を起したり、体調を崩されたことがありますか？

 ない ある（お薬、ワクチンなどの名前： _____）

★今までに入院が必要な大きな病気をされたことがありますか？

 ない ある（病名： _____）

★血のつながった方で大きな病気や難病に罹られた方がみえますか？

 ない ある（病名： _____）

上六名子どもクリニックをどこでお知りになりましたか？

看板広告・友人、知人・口コミ・インターネット・他院からの紹介・その他 (_____)

お手数ですが裏面もご記入ください

現在どのような症状ですか？（以下の該当するところにチェックを付けてください。）

また、今回最も気になる症状の番号に◎印をつけてください

1. 熱がでた：__月__日の（ 朝 昼 夕方 夜）から _____℃台で、最高 _____℃
 解熱剤は使いましたか？ 使用した 使用していない
 もう熱は下がった（__日から）
2. 咳がでる：__月__日から
 （ 痰がらみ 乾いた咳 朝・夜に多い 一日中 眠れないぐらい 呼吸が止まる）
 咳こみ： あり なし 咳あげ： あり なし ゼイゼイ： あり なし
3. 鼻水がでる：__月__日から _____色の鼻水が出ている
4. 鼻がつまる：__月__日から （ 鼻づまりで眠れない）
5. のどが痛い：__月__日から （ のどが痛くて食べられない）
6. お腹が痛い：__月__日から

お腹の痛みの程度を下の絵の中から選んでください。



なんともない ちょっと痛い もすこし痛い 結構痛い かなり痛い 激しく痛い
 (Wong-Baker FACES Pain Rating Scale)

7. 吐き気がある：__月__日から
 （ 吐いていないが、気持ち悪い。 吐いた__回くらい、最後__日の__時頃）
 吐く前： 水分摂れていた 水分摂れていなかった
 吐いた後： 水分摂れる 水分摂れない
8. 下痢をしている：__月__日から （__回くらい）
 便のかたち（ 水様便 泥状便） 便の色（ 黄 茶 白 赤（血便） 黒）
9. 発疹がでている __月__日から（部位：
 かゆみ： あり なし 赤み： あり なし
 ジクジク： あり なし カサカサ： あり なし
10. ぜんそくの発作
11. その他
 （ _____ ）

★ その他、気になること、お聞きになりたいことなどございましたら、ご記入ください