

初診問診票

ふりがな			平成・令和	年	月	日生
お名前			男・女	歳 (月)		
	園・校名 () 保育園・幼稚園・小学校・中学校・高校					
電話番号	()		携帯番号	()		
ご住所	〒 -					

1. 出生時の体重 _____g
2. 出生時のことで伝えたいこと [_____]
3. 今までにかかった病気(○をつけてください)
 突発性発疹 ・ 水ぼうそう ・ おたふくかぜ ・ 百日咳 ・ 中耳炎
 気管支喘息 (平成 年 月頃から ・ 現在定期薬の使用 無 ・ 有)
 熱性けいれん 最終: 年 月 計 回 (けいれん予防薬の使用 無 ・ 有)
 その他 [_____]
4. 入院歴 無 ・ 有 (病名 _____)
5. 食物アレルギー 無 ・ 有 (_____)
6. 薬のアレルギー 無 ・ 有 (_____)

本日の状態について 体重 _____kg 体温 _____℃

- ・現在飲んでる薬はありますか? 無 ・ 有 ※お薬手帳は診察室でお見せください
- ・症状はいつからですか? 今日 昨日 2日前から 3日前から 4日以上前から
- ・症状は? 発熱(月 日 時~ _____℃ 最高体温 _____℃ 解熱した日 日)
 せき はな たん ゼーゼー のどの痛み 頭痛
 腹痛 便秘 嘔吐 回 / 1日 下痢 回 / 1日
 肌の症状(乾燥・赤み・かゆみ・発疹) (部位: _____)
 ⇒ 周りに水痘の子がいます 水痘予防接種済 (_____ 回)
- ・その他

・本日のお薬についてのご希望

飲み薬 (こな 錠剤 シロップ 相談)
 解熱剤 (こな 座薬 錠剤 相談) いない

- ①周囲で流行っている感染症がある はい いいえ わからない
- ②どこで(通っている園名、学校名、習い事、家庭内など) (_____)
- ③どんな感染症か(インフル、胃腸炎、コロナなど) (_____)