

すず木小児科・アレルギー科 初診問診票

受診日: ____月 ____日

ふりがな : _____

お名前: _____ (愛称 _____) 男・女

今のお熱: _____度 体重: _____kg 年齢: _____才

住所: 〒 _____

連絡先:(自宅) _____ (携帯) _____ 父・母など続柄()

正常分娩 帝王切開 異常分娩(_____)

◎生年月日: _____年 ____月 ____日

◎出生時の状態: _____ 出生体重: _____g 在胎週数: ____週 ____日

◆本日はどうされましたか？

発熱 ____月 ____日から(____月 ____日に 最高 _____℃)

咳 ____月 ____日から (ひどくなっている・変わらない・良くなっている)

鼻水 ____月 ____日から (ひどくなっている・変わらない・良くなっている)

吐く ____月 ____日 ____時頃から ____回(ひどくなっている・変わらない・良くなっている)

下痢 ____月 ____日から 1日 ____回(ひどくなっている・変わらない・良くなっている)

痛み ____月 ____日から 頭 のど おなか 耳 その他()
(ひどくなっている・変わらない・良くなっている)

発疹 ____月 ____日から 頭 顔 首 胸 おなか 背中 手 足 おしり
(ひどくなっている・変わらない・良くなっている)

その他の症状

◆水分摂取 (いつもどおり・やや少ない・少ない) ◆食事摂取 (いつもどおり・やや少ない・少ない)

◆現在使っているお薬(飲み薬・塗り薬)はありますか？

ない ある→お薬手帳をそえるか薬のなまえをご記入下さい()

◆内服可能なお薬の形: 水薬 粉薬 錠剤またはカプセル

◆今までにかかった病気

突発性発疹 痙攣(熱性・無熱性) 水痘(水ぼうそう) おたふくかぜ

その他(_____)

◆アレルギーについて:なし あり→薬(薬名 _____) 食べ物(牛乳・卵・他 _____)

◆接種済みの予防接種

・BCG(未/済) ・ロタ(1/2/3) ・肺炎球菌(1/2/3/追加) ・ヒブ(1/2/3/追加) ・B型肝炎(1/2/3)

・四種混合(1/2/3/追加) ・三種混合(1/2/3/追加) ・ポリオ(1/2/3/追加)

・麻疹風疹(1/2) ・水痘(1/2) ・おたふくかぜ(1/2) ・日本脳炎(1/2/3/追加) ・他(_____)