

記入日 西暦 年 月 日

問診票(はじめて受診される方)

プライムツリーこどもクリニック

ふりがな	生年月日 西暦 年 月 日
お名前	日 (年齢 歳 ヶ月)
性別 男 女	
ご住所 〒 ()	連絡先 (自宅) (携帯) 父・母

身長 cm 体重 kg 体温 °C

本日はどうされましたか？

- 発熱 (いつから 月 日 時頃～ °C) 解熱剤 なし あり(時頃)
- 咳 鼻水 ゼイゼイしている
- 嘔吐 (いつから 月 日～) 回数 (1日 回ぐらい、最後の嘔吐 時頃)
- 下痢 (いつから 月 日～) 回数 (1日 回ぐらい)
- 便のかたち (軟 泥状 水様) 便のいろ (黄茶色 白色 緑色 血液が混じる)
- 腹痛
- 首を痛がる 目が充血している
- 発疹がある
- その他

- ◎水分摂取 いつも通り やや少ない 少ない ◎食事摂取 いつも通り やや少ない 少ない
- ◎排尿 いつも通り やや少ない 少ない ◎睡眠 いつも通り やや浅い 眠れてない
- ◎ご家族・学校・幼稚園・保育園等で体調不良の方はいますか？ なし あり
- ◎現在内服等されているお薬はありますか？(おくすり手帳がありましたら見せていただければ幸いです)

以下の項目について、おわかりになる範囲でご記入ください。

①出産・発育について: ()週()日で出生 出生体重 (g) <input type="checkbox"/> 正常分娩 <input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> 異常分娩 () ・乳児期の栄養方法: <input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> 混合 <input type="checkbox"/> 人工乳 ・発育について: <input type="checkbox"/> 特に心配ない <input type="checkbox"/> 心配がある <input type="checkbox"/> 現在指導を受けている	
②兄弟姉妹について: <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる	
③今までにかかった病気、現在通院・治療中の病気について: <input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 急性中耳炎 <input type="checkbox"/> 熱性けいれん <input type="checkbox"/> 水ぼうそう <input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 気管支喘息 <input type="checkbox"/> 川崎病 <input type="checkbox"/> 先天性心疾患 () <input type="checkbox"/> その他 () 入院したことがありますか? <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ()	
④予防接種について: <input type="checkbox"/> ヒブ(Hib) <input type="checkbox"/> 小児肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 四種混合 <input type="checkbox"/> 三種混合 <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> 麻しん・風しん(MR) <input type="checkbox"/> 水ぼうそう <input type="checkbox"/> 日本脳炎 <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> ロタウイルス その他 ()	
⑤アレルギーについて: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → <input type="checkbox"/> 薬 () → <input type="checkbox"/> 食べ物(卵 小麦 乳 その他) ()	
⑥ご家族について: ・喫煙される方はいらっしゃいますか? <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる ()	

ご協力ありがとうございました。

