

新患問診票

フリガナ

お名前 (男・女)

西暦 年 (※ S・H・R 年) 月 日 (歳 ヶ月)

住所 (〒 -)

電話番号(携帯)

電話番号(自宅)

【通園・通学先の名称】

(保育園・幼稚園・小学校・中学校)

▲本日の来院手段に○をつけてください※自家用車の方はナンバーとお色もご記入ください)

徒歩・自転車・公共機関・タクシー・自家用車[車のナンバー /車の色]

▲保育園、学校等で流行っている病気 (無 / 有 ⇒)

▲コロナ陽性者と接触 (無 / 有 ⇒)

▲人混み・感染流行地への外出 (無 / 有 ⇒)

・体温⇒昨晚(°C) 今朝(°C) 今(°C)/付き添いの方 続柄: 体温(°C)

・身長: cm / 体重: kg (測定時期⇒ ころ)

① 本日の受診目的(あてはまる症状)に○をつけてください

・発熱・鼻水(透明 / 緑っぽい)・鼻詰まり・咳(乾性 / 湿性)・喘息・頭痛・咽頭痛

・だるさ・嘔吐・下痢・腹痛・皮膚トラブル・その他()

※症状が始まった時期:(月 日 朝 / 昼 / 夕)頃から

②今の状態はどうですか?

・機嫌(ふつう / 悪い / ぐったり)

・食事、水分摂取(いつも通り / やや少ない / 少ない)

・睡眠(ふつう / 途中で起きる / 眠れず)

・尿量(いつも通り / やや少ない / 少ない)

③生まれたときのことを教えてください

・出生医療機関 [] (週) (日)(出生体重 g)

・(自然 / 吸引 / 帝王切開) 分娩 ・出生時の異常(なし / あり)

④今までにかかったことのある病気がありましたら、○をつけてください

・水ぼうそう・おたふく・特発性発疹症・気管支喘息・中耳炎・アレルギー性鼻炎

・アトピー性皮膚炎・熱性けいれん・てんかん・川崎病・心臓病・腎臓病

・その他()

⑤現在、通院中や治療中の病気はありますか?(なし / あり ⇒ 病名:)

⑥内服中のお薬はありますか?(なし / あり ⇒ 薬品名:)


⑦薬や食べ物、予防接種でアレルギー症状がでたことはありますか?

(なし / あり ⇒ 起きた症状:)

⑧希望するお薬の形を1つ選択してください ⇒ (シロップ / 粉 / 錠剤)

ご記入ありがとうございました

⑨解熱剤の処方希望(なし / あり ⇒ 坐薬 / シロップ / 粉 / 錠剤)

 田中こどもクリニック