

# 初診問診票

太田こどもクリニック

カルテ No \_\_\_\_\_

記入日 年 月 日

|            |                            |                         |          |                 |
|------------|----------------------------|-------------------------|----------|-----------------|
| ふりがな<br>氏名 |                            | 男<br>女                  | 保護者名     |                 |
| 生年月日       | 昭・平・令                      | 年                       | 月        | 日 ( 歳 か月) 体重 Kg |
| 住所         | (〒 - )                     | 帰省中であれば帰省先 ( 様方)<br>住所: |          |                 |
| 連絡先        | 自宅:<br>祖父母宅:               | 携帯                      | 父:<br>母: |                 |
| 集団生活       | あり・なし ( ) 保育園・幼稚園・学校 ( 年生) |                         |          |                 |

現在の熱 \_\_\_\_\_℃

1. 本日はどうされましたか？(該当するものに○をつけてください)

- 発熱 \_\_\_\_\_日前～ \_\_\_\_\_時頃～ ( \_\_\_\_\_日間) (最高 \_\_\_\_\_℃) → 解熱剤使用 (あり・なし)
  - 咳 \_\_\_\_\_日前～ ( \_\_\_\_\_日間) (痰がらみ・ケンケン・ゼーゼー・咳こんで起きる)
  - 鼻 \_\_\_\_\_日前～ (くしゃみ・鼻づまり・鼻水 → さらさら・ネバネバ・透明・黄色・緑色)
  - 吐き気 \_\_\_\_\_日前～ 嘔吐 (あり・なし) \_\_\_\_\_日前～ (1日 \_\_\_\_\_回)
  - 下痢 \_\_\_\_\_日前～ 回数 \_\_\_\_\_回 (軟便・水様便・血便・白色便・不消化)
  - 腹痛・頭痛・咽頭痛 \_\_\_\_\_日前～  その他の痛み \_\_\_\_\_日前～ 部位 ( )
  - 便秘 \_\_\_\_\_日前～ ( \_\_\_\_\_日間) 普段の排便 ( \_\_\_\_\_日に \_\_\_\_\_回)
  - 発疹 \_\_\_\_\_日前～ (頭・顔・首・胸・お腹・背中・お尻・手・足・その他 \_\_\_\_\_)
  - その他 ( )
- \*元気 (良い・少し悪い・悪い)      \*食欲 (良い・少し悪い・悪い)  
\*機嫌 (良い・少し悪い・悪い)      \*おっぱい・ミルクの飲み (良い・少し悪い・悪い)

2. お子さんの周囲で流行っている病気はありましたら○をつけてください。

どこで (保育園・幼稚園・学校・家庭内)

何の病気 (溶連菌・インフルエンザ・胃腸炎・RS・ヒトメタ・水痘・その他 \_\_\_\_\_)

3. 現在、治療中の病気はありますか？また、飲んでいるお薬はありますか？

(あり・なし) 病名 ( ) 内服中の薬 ( )

4. 病歴など該当するものがありましたら○をつけてください。

気管支喘息・アレルギー性鼻炎・アトピー性皮膚炎・じんましん・アナフィラキシー

薬剤アレルギー 薬の名前 ( ) 副作用の症状 ( )

食物アレルギー ( )

ひきつけ(けいれん) ひきつけ時の発熱 (あり・なし) これまでのひきつけの回数 ( \_\_\_\_\_回)

5. これ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。

溶連菌・RS・ヒトメタ・尿路感染症・川崎病・心臓病・免疫不全・その他 ( )

6. 当院はどのようにお知りになりましたか？

インターネット・看板・近所・紹介 (他医療機関・家族・友人)・その他

<ご記入ありがとうございました>