

小児問診票

ID

フリガナ

年 月 日

氏 名

性別 男・女

身長

cm

生年月日

年

月

日

年齢

歳

か月

体重

kg

住所 〒 -

現在の体温

℃

連絡先 - -

◎本日はどうなさいましたか？(いつから・何回くらい・どのように症状がある、ご相談されたいことなど)

◎今までにかかった病気や治療中の病気を教えてください。

はしか水ぼうそうおたふくかぜ風疹喘息熱性けいれん突発性発疹その他()

◎現在飲んでいる薬はありますか？(お薬手帳をお持ちの方は出していただければ結構です)

なしあり(薬品名:)

◎家族構成を教えてください。また、現在病気の方、あるいは次のような方がいらしたら教えてください。

祖父祖母父母兄弟姉妹

(人家族)

・病気療養中の方()

・アレルギー性疾患の方()

・喘息の方()

・熱性けいれんの方()

・神経疾患(てんかんなど)の方()

◎赤ちゃんの頃についておたずねします。

①お子さんを妊娠中のお母様の健康状態はいかがでしたか？

異常なし問題があった()

②お子さんを分娩された時の様子について

在胎週数(週) 出生時体重(g)

仮死(あり なし) 黄疸(強 中 弱 なし)

③健診時に指摘事項はありましたか？

あり()なし

◎検診結果や他院からの紹介状はありますか？

なしあり

◎お薬のご希望はありますか？

シロップ粉錠剤特になし

回数は？

2回/日特になし

◎お鼻吸いのご希望はありますか？

ありなし