

診 療 申 込 書

フリガナ		年齢	性別	男性	・	女性					
名前			生年月日	大正	昭和	年	月	日			
				平成							
住所	〒										
自宅電話			携帯電話								

* 来院のきっかけを教えてください。（複数回答可）

クリニック看板・チラシ・雑誌記事・近居・家族知人紹介・他院紹介・HP・その他（ ）

ミューザ川崎こどもクリニック

小児科問診票（初診）

記入日 月 日

お名前 _____ 男・女 年齢 歳 ヶ月

身長 cm ; 体重 kg 体温 _____ °C

出生週数 週 ; 出生体重 g

今日はどのようなことで受診されましたか。✓をつけてください。

- | | | | |
|-------------------------------|--------|-----------------------------|--------|
| <input type="checkbox"/> 発熱 | 月 日頃から | <input type="checkbox"/> 腹痛 | 月 日頃から |
| <input type="checkbox"/> 咳 | 月 日頃から | <input type="checkbox"/> 嘔吐 | 月 日頃から |
| <input type="checkbox"/> ゼーゼー | 月 日頃から | <input type="checkbox"/> 下痢 | 月 日頃から |
| <input type="checkbox"/> 鼻水 | 月 日頃から | <input type="checkbox"/> 頭痛 | 月 日頃から |
| <input type="checkbox"/> その他 | () | | |

具合が悪くなってから今日までの様子を聞かせてください。

1. 最も高かった体温は何度でしたか。(°C)
2. 食欲はどうか。
普段とくらべて(あまり変わらない・半分くらい・全く食べない)
3. 水分はとれていますか。
朝起きてからコップにして()杯くらい。
4. 朝からおしっこは出ていますか。(はい・いいえ)
5. 便の回数は(回)
6. 今飲んでいる薬はありますか。
いいえ・はい(その内容)
はいと答えた方：定期的に飲んでいる薬ですか、今回のみの薬ですか。(定期的・今回のみ)

お子さんの今までの健康状態などを聞かせてください。

1. お子さんは今まで何か病気や入院されたことはありますか。：いいえ・はい。
(例：1歳 肺炎)
2. 薬のアレルギーはありますか。：いいえ・はい(その内容)
3. 食物アレルギーはありますか。：いいえ・はい(その内容)
4. 集団生活をしていますか：いいえ・はい() 保育園・幼稚園・小学校・中学校
5. 今までに受けた予防接種に○をつけてください。
ヒブ・肺炎球菌・4種混合(3種混合)・BCG・MR(麻疹風疹)・水ぼうそう
ロタウイルス・B型肝炎・おたふく・日本脳炎・その他()
6. 上記以外のことで心配なこと、医師に相談したいことがあれば自由にお書きください。