

<初診問診表>

いず小児科クリニック

令和 年 月 日

ふりがな

お子様のお名前 _____ (男・女)

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 才 _____ か月) 体温 _____ 度 体重 _____ k g

住所 _____ (〒 _____ - _____)

電話番号 自宅: _____ 携帯 (母・父): _____

●出生児の状態 出生体重 _____ g 在胎週数 _____ 週 _____ 日
正常分娩 帝王切開 異常分娩 (_____)

●本日はどうされましたか？
発熱 (最高 _____ 度) 咳 鼻水 鼻づまり のどいた
嘔吐 (計 _____ 回) 下痢 軟便・水便 (一日 _____ 回) 便秘
頭痛 その他 (_____)
→その症状はいつからですか？ (_____ 日 _____ 時頃～ _____)

●現在のお子様の状態はどうですか？
水分摂取 (いつもどおり やや少ない 少ない)
食事摂取 (いつもどおり やや少ない 少ない)
ご家庭や学校・幼稚園・保育園で体調を崩している方はおられますか？
(はい・いいえ) (_____ 園・学校)
何か流行してますか？ (_____)

●現在飲まれているお薬はありますか？
なし あり (_____)

●お薬や食べ物にアレルギーはありますか？
なし あり (_____)

●これまでにかかった病気はありますか？
麻疹 風疹 水痘 おたふく風邪 突発性発疹 中耳炎 喘息
はい (_____)

●家族の方に大きな病気やアレルギーはありますか？
なし あり (_____)

●他に何か相談したいことはありますか？
(_____)

●現在、他院に受診されていますか？
いいえ はい (治療内容: _____)

●マイナンバーカードにて保険証の確認・診療情報 (他院での薬の処方情報など) の開示に同意されますか？
はい いいえ