

はじめて受診された方の問診票（子ども用）

令和 年 月 日

No _____

フリガナ お名前	男 女	生年月日 平成 令和 年 月 日 (歳 カ月)	
住所 〒		電話番号 携帯番号	
() 人兄弟の() 番目	学校・幼稚園・保育園()	体重 kg	体温 °C

当てはまる□に✓をおつけください。

- 診察 (①~⑩をご記入下さい。)
 予防接種・乳幼児健診 (②⑥⑦のみご記入ください。)

①本日はどうなさいましたか？

②本日の様子を教えてください。

- ・きげんはいかがですか? よい まあまあ わるい
- ・食欲はありますか? ある あまりない ない
- ・水分は摂れますか? 飲める 少し 飲めない
- ・睡眠はいかがですか? よく眠れている まあまあ眠れている あまり眠れていない

③次の症状で当てはまる□があれば、✓をおつけください。

- 発熱 (いつから 月 日 AM/PM 時頃~ °C) → 解熱剤使用 (あり・なし)
 はな (いつから 月 日~) → (さらさら・ネバネバ・鼻づまり・他 _____)
 咳 (いつから 月 日~) → (痰がらみ・から咳・ゼーゼー・他 _____)
 嘔吐 (いつから 月 日~) → (1日 回・最後に吐いた時間AM/PM 時頃)
 下痢 (いつから 月 日~) → (1日 回) (水様・泥状・軟) (黄茶色・白色・血便)
 肌 (ぶつぶつ・赤み・乾燥) (月 日~) 部位 (頭・顔・手・足・お尻・口の中・他 _____)

④現在、使っているお薬（飲み薬・塗り薬）があればお書きください。

ない ある ()

⑤現在周囲で流行している病気はありますか? ない ある ()

⑥今までにかかった病気はありますか? ない ある ()

⑦アレルギーはありますか? なし 不明 (検査したことがない)

アレルギー性鼻炎 花粉症 喘息 アトピー皮膚炎

食べ物 (牛乳・卵・他 _____) 薬 (薬名 _____)

⑧内服可能なお薬の形 (水薬 粉薬 錠剤またはカプセル 口服用したことがない)

⑨熱さましはご希望ですか? いらない いる (坐薬 シロップ 粉薬 錠剤)

⑩保険証のコピーをとらせて頂いてもよろしいですか? はい いいえ

ご記入ありがとうございました。

診察状況によりご予約時刻に診察を開始できないことがあります。あらかじめご了承ください。

外観（動かない・遊ばない・興奮泣かない）呼吸（喘鳴・努力呼吸）皮膚（冷感・蒼白） HR bpm SpO2 % RR /m BT °C Capi s	隔離（通常・アルコール・次亜塩素・換気）次回 / 要隔離 診断:
平熱 °C	取り込み有