

# 問診票

年齢 才 ヶ月

ふりがな		体重	現在の体温
お子様のお名前	男・女	kg	℃
携帯番号	-	電話番号	-

## 1. 症状をチェックしてください

発熱 月 日 AM 時 ~ 月 日 PM 最高 ℃  
 ↓発熱があるかたは枠内も必ずご記入ください

学校等に通われている方 はい(施設名: 幼稚園・保育園・小学校・中学校) / いいえ 通っている保育園など施設で、感染症の陽性者は出ていますか? はい(コロナ・インフル・他 ) / いいえ 同居家族の大人の方で体調を崩している人はいますか? はい(誰: ) / いいえ →「はい」のご家族の方はどのような症状ですか? 発熱 ℃・咽頭痛・頭痛・倦怠感・咳・鼻水・その他 ( ) <b>ご両親も診察希望される場合は、保険証のご提出をお願い致します。</b>
--

嘔吐 月 日 ~ 回  
下痢 月 日 ~ 1日 回  
咳 月 日 ~  
鼻水 月 日 ~  
発疹 月 日 ~  
その他 (症状や相談したい事を記入してください)

## 2. 今まで飲んでた薬

ない  
ある(当院) ある(他院) 薬剤名 ( )

## ◎初診の方へ：当院を初めて受診される方は以下の質問にもお答え下さい。

1. 出産医院はG&Oレディスクリニックですか?  
はい いいえ
2. 出生時の状況について
  - ①第何子ですか? (第 子)
  - ②ご兄弟等で当院をご受診されたことがある方はいらっしゃいますか?  
ない ある→(ご兄弟のお名前: )
  - ③お母さんの妊娠中の異常はありましたか?  
ない ある→( )
  - ④出生体重 ( ) g
  - ⑤在胎週数 ( ) 週 ( ) 日
  - ⑥出生時の状態はどうでしたか?  
正常 さかご 双子 帝王切開 吸引分娩
  - ⑦出生時の異常はありましたか?  
ない ある→( )
3. かかったことがある病気をチェックしてください。
 

<input type="checkbox"/> 麻疹(はしか)	<input type="checkbox"/> 風疹	<input type="checkbox"/> 水ぼうそう	<input type="checkbox"/> おたふくかぜ
<input type="checkbox"/> 溶連菌感染症	<input type="checkbox"/> 川崎病	<input type="checkbox"/> 熱性けいれん	<input type="checkbox"/> けいれん(熱なし)
<input type="checkbox"/> てんかん	<input type="checkbox"/> 心臓病	<input type="checkbox"/> 肝炎	<input type="checkbox"/> 腎炎
<input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 百日咳	<input type="checkbox"/> 喘息	
4. 今までに入院したり手術を受けたことがありますか?  
ない ある→( )
5. これまでに受けたことがあるワクチンをチェックしてください。
 

<input type="checkbox"/> ロタウイルス	<input type="checkbox"/> ヒブ	<input type="checkbox"/> 肺炎球菌	<input type="checkbox"/> B型肝炎	<input type="checkbox"/> 四種混合	<input type="checkbox"/> BCG
<input type="checkbox"/> MR(麻疹・風疹)	<input type="checkbox"/> 水ぼうそう	<input type="checkbox"/> おたふくかぜ	<input type="checkbox"/> 日本脳炎	<input type="checkbox"/> 二種混合	
<input type="checkbox"/> ポリオ	<input type="checkbox"/> 三種混合	<input type="checkbox"/> インフルエンザ			
<input type="checkbox"/> その他 ( )					