

# 問診票

|         |     |       |     |
|---------|-----|-------|-----|
| ふりがな    | 体重  | 現在の体温 | 年齢  |
| お子様のお名前 | 男・女 | Kg    | ℃   |
| 携帯番号    | —   | —     | 歳 月 |

## 1. 症状をチェックしてください

発熱 月 日 AM/PM 時～ 月 日 最高 度

↓ 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<br>通っている保育園など施設で、感染症の陽性者は出てはい（コロナ・インフル・他 ） / いいえ<br>同居家族で体調を崩している人はいますか？ はい（ 誰： 父・母・兄弟・その他 ） / いいえ<br>→ 「はい」のご家族の方は発熱症状ありますか？ インフルエンザ陽性 ・ コロナ陽性 ・ 発熱<br><b>ご両親も診察希望される場合は、保険証のご提出と問診票の記入をお願い致します。</b> |
|--|

嘔吐 月 日 ～ 回  
 下痢 月 日 ～ 1日 回  
 咳 月 日 ～  
 鼻水 月 日 ～  
 肌荒れ 部位： 全身・頭・顔・腕・腹・背中・足・その他（ ）  
 その他（症状や相談したい事を記入してください）

## 2. 今まで飲んでいた薬

ない  
 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。

麻疹（はしか）  風疹  水ぼうそう  おたふくかぜ  
 溶連菌感染症  川崎病  熱性けいれん  けいれん（熱なし）  
 てんかん  心臓病  肝炎  腎炎  百日咳  喘息  
 その他（ ）

### 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。

ロタウイルス  ヒブ  肺炎球菌  B型肝炎  四種混合  五種混合  BCG  
 MR（麻疹・風疹）  水ぼうそう  おたふくかぜ  日本脳炎  二種混合  
 ポリオ  三種混合  インフルエンザ  
 その他（ ）