

問 診 票

より良い診療をおこなうために、お分かりになる範囲でご記入をお願いいたします。

ふりがな 氏名	男	生年月日: 年 月 日 ( 歳 か月)
	女	( )人兄弟の( )番目、体重( )kg 身長( )cm
住所 〒	電話 自宅	( )
	携帯	( )
<p><b>【アレルギー歴はとても大切ですので、最初にお聞かせください。】</b></p> <p>食べ物アレルギー: なし・あり (現在、制限中: 卵・牛乳・小麦・その他 )                  (以前は制限していた: 卵・牛乳・小麦・その他 )                  (制限はしていないがある: 卵・牛乳・小麦・その他 )</p> <p>アナフィラキシー反応: なし・あり (卵・牛乳・小麦・その他 )</p> <p>薬アレルギー: なし・あり (具体的な薬品名: )</p>		
<p><b>【今日はどうされましたか?】</b></p> <p>発熱 ( )日前から 最高体温 ( )℃</p> <p>咳 ( )日前から 乾いた・痰がらみ・ゼーゼー/ヒューヒュー・朝と寝る前・犬吠え様</p> <p>鼻 ( )日前から 透明水様・黄緑色・つまっている</p> <p>下痢 ( )日前から 1日 回くらい・今日は 回・色は黄茶色、白っぽい、赤い・性状是水様、泥状</p> <p>嘔吐 ( )日前から 1日 回くらい・今日は 回・水様・食物残渣・胆汁様(緑色)</p> <p>発疹 ( )日前から (頭・顔・おなか・背中・手・足・その他 ) かゆみは(あり・なし)</p> <p>痛い ( )日前から (頭・のど・おなか・耳・口の中・関節・その他 ) 打撲は(あり・なし)</p> <p>その他 ( )</p> <p>元気 (普通・あまり元気がない・ぐったりしている )</p> <p>食欲哺乳(普通・いつもより少ない・ほとんどない )</p>		
<p><b>【保育園・幼稚園・学校についてお聞かせください。】</b></p> <p>現在、( )に通っています。</p> <p>流行っている病気は なし・あり (具体的に )</p>		
<p><b>【今までのことをお聞かせください。】</b></p> <p>出産と発育は 正常・異常 (具体的に )</p> <p>入院したことは なし・あり (具体的に 何歳のころ 病名は )</p> <p>ひきつけは なし・あり ( 回・何歳のころ ・何分くらい )</p> <p>接種した予防接種に○してください</p> <p>三種混合/四種混合・ポリオ・BCG・肺炎球菌(プレペナー)・Hibワクチン・麻しん/風しん/MRワクチン                  みずぼうそう・おたふくかぜ・日本脳炎・B型肝炎・ロタウイルス・子宮頸がんワクチン</p>		
<p><b>【ご家族、ご家庭についてお聞かせください。】</b></p> <p>アレルギー体質の方は いない・いる (どなたが ・どんな )</p> <p>家の中で喫煙者は いない・いる</p> <p>ペットは いない・いる (具体的に )</p>		

ご協力ありがとうございました。

スタッフ記入欄: 体温( )℃、SatO2( )%、体重( )kg、身長( )cm
連絡事項
サイン