

小児科問診表 (新患用)

ふりがな

お名前 _____ さま ご年齢 _____ 歳 _____ ヶ月

生年月日：平成 年 月 日 性別：男・女

住 所： _____ 都・県 _____ 区・市 _____

連絡先：自宅 () 携帯 ()

お子様の体重 kg(g) ※最近で大体の体重で結構です。

※現在の通園 or 通学 場所

施設名： 保育園・幼稚園・小学校・中学校

お薬や食事などのアレルギーがある方はお知らせ下さい。

☆ 出生から今までの経過についてお知らせ下さい。(母子手帳を参考に)

出生場所 (_____ 病院) 在胎 _____ 週 _____ 日

(正常分娩、吸引分娩、鉗子分娩、帝王切開)

出生体重 (_____ g) 身長 (_____ cm) 頭囲 (_____ cm)

☆ お子様の症状・ご相談内容についてご記入ください。

1. 体温： _____ °C

2. 症状には、いつ頃から気がつきましたか？：

・昨日・今日 → (朝・昼・夜)・他→ 日前から・週間前から・月前から

3. 以下の症状に当てはまる場合は、しでチェックを入れて下さい。

発熱、咳、ゼイゼイ(喘鳴)がある、鼻汁、のどの痛み、耳の痛み、頭痛、腹痛、嘔吐、下痢、発疹、けいれん、おねしょ、多動がある、その他 _____ その他をチェックしたら下記に記載して下さい。

ご記入ありがとうございました。ご記入後は、お手数ですがスタッフにお渡し下さい。