



# 問診票 Medical interview sheet



医療法人おおぞらこどもクリニック

## 【初診用】

【記入日 年 月 日】

ふりがな お名前	男 ・ 女	生年月日	年 月 日 ( 歳 ヶ月)
ご住所 〒 -			
体温 °C	体重 kg	身長 cm	記入者 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 祖父母 <input type="checkbox"/> その他( )
保護者携帯電話 - -			

今日はどうなことで受診されましたか？(複数回答可)  
(記入例) 咳(9/1~)、鼻汁(昨日から)

発熱( °C, 最高 °C) 咳( ) ゼーゼー( )  
鼻汁( ) 喉の痛み( ) 頭痛( )  
嘔吐( ) 下痢( ) 腹痛( )  
かゆみ( ) けいれん( ) その他( )

現在かかっている病院はありますか？ なし あり( 病院・クリニック)

現在飲んでいるお薬はありますか？ なし あり※お薬手帳があれば見せてください。

今までにかかったことのある病気はありますか？(複数回答可)

けいれん(ひきつけ): なし あり(熱があるとき 回、熱がないとき 回)  
突発性発疹 水ぼうそう おたふくかぜ 風疹 麻疹 川崎病または心臓病  
喘息 中耳炎 発達障害 その他( )

家族や通園、登園先で流行っている病気はありますか？(複数回答可)

お子様と同じ症状 水ぼうそう おたふくかぜ 溶連菌 手足口病  
ペルパングーナ 突発性発疹 インフルエンザ RSウイルス  
ヒトメタニューモウィルス 胃腸かぜ プール熱  
アデノウィルス マイコプラズマ感染症 その他( )

お薬や食べ物にアレルギーはありますか？ なし あり( )

薬の剤形について、使用できるものに○を付けてください

こなぐすり シロップ 錠剤 座薬

当クリニックを受診されたきっかけは何ですか？(複数回答可)

家から近い 園や学校から近い 知人や家族からの紹介 インターネット(ホームページ)  
看板を見て その他( )

その他、心配なことや訊きたいことがありましたら、ご自由にお書きください。

ご記入後は①母子手帳②お薬手帳③体温計④問診票を受付にお渡し下さい。  
 お熱や咳のある方は必ず受付にお申し出ください。  
 ※※院内ではマスクの着用をお願いいたします※※

