



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※※

