

受付番号 _____

初回用問診票



ふりがな

氏名 : _____ 男・女 生年月日 : 平・令 _____ 年 _____ 月 _____ 日

(_____ 歳 _____ ヶ月) (第 _____ 子)

住所 : 〒 _____

連絡先① : _____ (_____) (続柄 _____)

連絡先② : _____ (_____) (続柄 _____)

① 生まれた時の体重 (_____ g) 在胎週数 _____ 週 _____ 日

お産の時異常がありましたか? 無 ・ 有 (_____)

② 今まで罹った病気がありましたら○を付けて下さい。

水痘 おたふくかぜ 百日咳 熱性けいれん (_____ 回) 中耳炎 気管支喘息 川崎病

その他・生まれつきの病気 (_____)

③ 入院したことがありますか? 無 ・ 有 (いつ、どんな病気です? _____)

④ ご本人に薬や食べ物のアレルギーなどはありますか? 無 ・ 有 (_____)

⑤ ご両親、兄弟、姉妹等で大きな病気に罹っている、又は薬のアレルギーなどはありますか?

無 ・ 有 (_____)

⑥ 集団生活をされていますか? いいえ ・ はい (_____ 保育園・幼稚園・小学校・中学校)

⑦ コロナの濃厚接触者が周りにいますか? → いいえ ・ はい

⑧ におい・味の異常を感じましたか? → いいえ ・ はい

⑨ 体調について記入してください。

・熱 _____ 月 _____ 日 ~ _____ °C (最高 _____ °C)

・鼻水 _____ 月 _____ 日 ~

・咳 _____ 月 _____ 日 ~

・のどの痛み _____ 月 _____ 日 ~

・腹痛 _____ 月 _____ 日 ~

・発疹 _____ 月 _____ 日 ~

・下痢 _____ 月 _____ 日 ~ (1日に _____ 回程度)

・嘔吐 _____ 月 _____ 日 ~ (突然 ・ 咳き込み)

・頭痛 _____ 月 _____ 日 ~

・その他

看護師記入欄	
体温	°C
体重	kg
身長	cm

⑩ 現在内服中のお薬 (お薬手帳等) があれば教えて下さい。

⑪ 当院の病児保育室をご希望の場合は○をして下さい。 (当日 ・ 明日 ・ (_____) 曜日)