

# 問診票

診察の参考にしますのでご面倒ですが次の質問にお答えください

①名前( ) ②年齢 ( )才 保・幼・小・中  
③身長( )cm 体重( )Kg ④現在の体温( )℃

⑤1週間以内に発熱はありましたか？ ( はい ・ いいえ )

\* 発熱している場合 ( )月( )日 午前・午後( )時頃から 体温( )℃

\* 家族内で発熱者( あり ・ なし ) \* 幼稚園・保育園・学校で発熱者( あり ・ なし )

⑥いつからどういった症状がありますか？(出ている症状に○、特に強い症状に◎をつけてください)

・喉の痛み	月	日から	・吐き気	月	日から
・咳	月	日から	・嘔吐	月	日から
・鼻水	月	日から	・腹痛	月	日から
・頭痛	月	日から	・下痢	月	日から
・食欲低下	月	日から	・便秘	月	日から
・発疹 (部位: )	月	日から			
・その他 ( )	月	日から			

⑦その他、診察時に医師に伝えたいことを具体的に記入してください

⑧現在、治療中の病気はありますか？ ( はい ・ いいえ )

病名:

⑨喘息はありますか？ ( はい ・ いいえ )

⑩最近、予防接種をしましたか？ ( はい ・ いいえ )

ワクチンの種類( ) いつ( 月 日 )

⑪以下の項目でアレルギーはありますか？ある場合は○で囲んでください。

・ 花粉症 ・ 金属 ・ ゴム ・ 薬 (薬剤名: )

・ 食品 (食品名: ) ・ その他 ( )

⑫アルコール綿や絆創膏の使用で皮膚のかぶれはありますか？( はい ・ いいえ )

⑬歯の治療時に麻酔を使用したことのあるお子さんにお聞きします。

麻酔使用時に何か異常がありましたか？ ( はい ・ いいえ )

## 薬について

⑭現在、飲んでいる薬はありますか？ ( ある ・ ない )

\* ある場合にはお薬手帳をお出してください

⑮薬は何が飲めますか？( 水薬 ・ 粉薬 ・ 錠剤 ・ カプセル )

\* 上記のうち特に希望されるものがある場合には◎をしてください

## <マイナ保険証を提示された方へ>

マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか。 【 はい ・ いいえ 】

\* 当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。

ありがとうございました。

相模原赤十字病院 小児科 R6.6改定