

# 問 診 票

名前  (男・女)	年齢  歳 月	体重  Kg	家族構成  人きょうだいの 番目	就学前の方は○をつけて下さい。  自宅 ・ 一時保育 ・ 保育園 ・ 幼稚園
-----------------	---------------	--------------	------------------------	--

下記の質問にお答えください。

◎出生時について

出生体重 \_\_\_\_\_ g 在胎週数 \_\_\_\_\_ 週 正常分娩・帝王切開・異常分娩 ( \_\_\_\_\_ )

◎本日はどうされましたか？

- 発疹 なし・あり (いつから→ 月 日から) (部位→頭・顔・手・腹部・背中・足)
- 発熱 なし・あり (いつから→ 月 日 時頃から \_\_\_\_\_ °C 本日最高 \_\_\_\_\_ °C )
- せき なし・あり (いつから→ 月 日から) (せきの様子→からせき・痰がらみ・ぜーぜー・声枯れ)
- のどの痛み なし・あり
- 鼻汁 なし・あり (いつから→ 月 日から) (性状→水様・ネバネバ) (色→透明・黄色)
- 腹痛 なし・あり
- 吐き気 なし・あり
- 嘔吐 なし・あり (いつから→ 月 日から (回数→ \_\_\_\_\_ 回) (最後の嘔吐はいつ 時間前)
- 下痢 なし・あり (いつから→ 月 日から) (回数→ \_\_\_\_\_ 回)  
(形状→軟便・泥状・水様) (色→黄茶色・白色・血が混ざる) (臭い→いつもどおり・すっぱい)
- おしっこ (量→いつもどおり・少ない) (色→透明・薄い黄色・濃い黄色・茶色)  
(最後のおしっこは→ \_\_\_\_\_ 時間前)
- 元気 なし・あり                       睡眠 よく眠れた・何度か起きた・ほとんど眠れなかった
- 食欲 なし・あり                       水分摂取 いつもどおり・まあまあ・少ない・全く受け付けない

◎ご家族で体調の悪い方はいらっしゃいますか？

なし・あり (ありの場合具体的に誰がどんな症状か？ \_\_\_\_\_ )

◎現在使っているお薬 (飲み薬・吸入薬・貼り薬・軟膏) はありますか？

なし・あり (ありの場合、お薬の名前 <お薬手帳があれば記入不要> \_\_\_\_\_ )

◎アレルギー (食品・薬品) について

なし・あり (ありの場合具体的にご記入ください \_\_\_\_\_ )

◎内服薬の場合、希望される薬の形状

粉薬・シロップ・錠剤とカプセル剤

◎予防接種について 接種済みのものに○をつけてください。

- ☆BCG      ☆ヒブ (1・2・3・追加)      ☆肺炎球菌 (1・2・3・追加)      ☆三種混合 (1・2・3・追加)
- ☆ポリオ (1・2・3・追加)      ☆四種混合 (1・2・3・追加)      ☆麻疹風疹MR (1・2)
- ☆日本脳炎 (1・2・3・1期追加・2期)      ☆B型肝炎 (1・2・追加)      ☆ロタウイルス (1・2・3)
- ☆みずぼうそう (1・2)      ☆おたふくかぜ (1・2)      ☆二種混合      ☆子宮頸がん (1・2・3)

◎今までにかかったことのある病気に○をつけてください。

- ☆突発性発疹    ☆みずぼうそう    ☆おたふくかぜ    ☆麻疹 (はしか)    ☆風疹    ☆川崎病    ☆痙攣 (熱性・無熱性)
- ☆その他 ( \_\_\_\_\_ )

◎他にご相談になりたいことがありましたらご記入ください。