

初診問診票

| | | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|------|--------------|------|
| | | 氏名 | ふりがな | 男 ・ 女 | |
| 受診日 | 年 月 日 | 生年 月 日 | 西暦 | 年 月 日 | 才 ヶ月 |
| 記入者 | <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 祖父母 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他() | 体温 | ℃ | 体重 | kg |
| 住所 | 〒 - | | | 日中連絡が取れる電話番号 | |
| | () | | | | |
| 同居のご家族 | <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 兄弟(才) <input type="checkbox"/> 姉妹(才) <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> その他() | | | | |
| 通園・通学をしていますか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい クラス (年 組) | | | | | |
| はいの方 (通所先名) : 保育園・幼稚園・小学校・中学校 | | | | | |

◆ を記入して下さい。

- 一般診療
- 予防接種
- 乳児健診

過去に新型コロナに感染しましたか
 なし あり (いつ: 年 月)

新型コロナ感染症の方との接触
 なし あり (いつ:)

新型コロナ感染症の周辺での流行
 なし あり (どこで:)

同居の家族の発熱
 なし あり (いつ誰が:)

新型コロナワクチンは接種しましたか

1回目 はい いいえ
西暦 年 月 日・不明

2回目 はい いいえ
西暦 年 月 日・不明

3回目 はい いいえ
西暦 年 月 日・不明

◆ 一般診療で来院された方のご記入ください

どのような症状がありますか

発熱 ゼーゼーする 呼吸が苦しい 味やにおいがわからない 強いだるさがある

せき 鼻水 のどの痛み 頭痛 腹痛 おう吐 下痢 便秘

発疹(部位:) その他()

その症状はいつからですか

その他何かあればご記入ください

◆ 以下は**全員の方**がご記入ください

現在、通院中の病気はありますか いいえ はい (通院先:)

現在、使用中のお薬はありますか いいえ はい → **お薬手帳**をお出してください

お薬や注射で副作用が起きたことはありますか いいえ はい (薬品名:)

アレルギーはありますか いいえ はい ()

過去に大きな病気にかかったことがありますか いいえ はい

今までに、入院されたことはありますか いいえ はい (病名:)
(時期: 年 月)

今までに、けいれん(ひきつけ)を いいえ はい (発熱 有 無)
起こしたことはありますか 回数 (回)
最終発作 (年 月)

※お薬手帳・母子手帳をお持ちの方は、問診票と一緒に**受付**にお出してください

やまぎしこどもクリニック