

初診問診票（お子さん用）

問診票記入者： _____ (続柄： _____)

ふりがな
お名前： _____ 年齢： _____ 歳 性別 男・女

身長 _____ cm 体重： _____ kg 来院時体温： _____ °C

今日はどのようなことで来院されましたか？ _____

*いつ頃からはじまりましたか。 _____ 年 _____ 月 _____ 日 頃

*そのことで他の医療機関にかかりましたか。 はい いいえ

*そこではどのような説明を受けましたか。 [_____]

いままでのご病気 _____

- 特になし あり → 熱性けいれん それ以外のけいれん ぜんそく アトピー性皮膚炎
 はしか 風しん 水ぼうそう おたふく 川崎病 百日咳 心臓病 腎臓病
 その他： (_____)

今飲んでいるお薬 _____

- ない ある → (_____)

アレルギー _____

- ない ある → (薬/食品など _____)

今までの予防接種 _____

- ヒブ _____ 回 肺炎球菌 _____ 回 四種混合 _____ 回 三種混合 _____ 回
 ポリオ _____ 回 BCG □ □ タ B型肝炎 _____ 回 麻疹風疹 _____ 回
 水痘 _____ 回 おたふく _____ 回 日本脳炎 _____ 回 子宮けいがん _____ 回

ご家族のタバコ _____

- 吸わない 吸う → 父親 母親 祖父 祖母 兄弟 ほかに (_____)

ご家族の病気（どなたが？） _____

- 薬疹 (_____) 喘息 (_____) アトピー性皮膚炎 (_____) 糖尿病 (_____)
 心臓病 (_____) 腎臓病 (_____) 肝炎 (_____) その他： _____ (_____)

【発熱など急性症状でおかかりの方】

- * ご本人以外で、発熱のある方、または数日以内に発熱があった家族がいますか？ (はい・いいえ)
- * 新型コロナウイルス感染者および濃厚接触の方と接触がありましたか？ (はい・いいえ)
- * 通園・通学先で流行している病気がありますか？ (はい・いいえ) 通園・通学先 (_____)
- * (5歳以上のお子様) 新型コロナのワクチン接種はしていますか？ (回 済・なし)
- * 今回の症状で病児保育室トコトコの利用を希望する場合は○をしてください ⇒ (希望あり・なし)

