患者登録表・問診票（小児）

ふりがな			ご住所	〒（　　－　　）
お名前		男 女		
年齢	（　　）歳（　　）ヵ月			
生年月日	平成　　年　　月　　日			
電話	（　　）		携帯電話	

1、出生時

（妊娠　　週　　g）

2、出生時のことで伝えておきたいこと

（　　）

3、今までにかかった病気に〇をつけてください。

気管支炎 ・ ぜんそく ・ 肺炎 ・ その他（　　）

熱性けいれん（計　　回）

無熱性けいれん（計　　回）、 抗けいれん剤の使用: 無 ・ 有（薬名:　　）

4、入院したことはありますか　いいえ ・ はい（はいの方は以下ご記入ください）

病名:（　　）いつごろ:（　　）

現在も定期的に通院していますか？　いいえ・ はい（病院名:　　）

5、食物アレルギーの有無　ない ・ ある（食品名:　　）・ わからない

6、薬に対するアレルギーの有無　ない ・ ある（薬名:　　）・ わからない

本日（診察日）の症状について（前回の症状の続きの方は右に☑）□アレルギー（良好　不変　不良）

□アレルギー以外（改善　不変　悪化）

現在の体重＿＿＿＿＿kg　体温＿＿＿＿＿℃

現在飲んでいる薬はありますか？　ない ・ ある（くすり　　）

症状はいつからですか？　□今日　□きのう　□2 日前　□3 日前　□4 日以上前

症状は？　□発熱　□せき　□はな　□たん　□ゼーゼー　□のどの痛み

□頭痛　□腹痛　□嘔吐　□下痢　□肌の症状

□発疹（ 顔 ・ あたま ・ おなか ・ 背中 ・ 手 ・ 足 ・　　）

→□ 周囲に水痘のお子さんがいます

本日解熱剤の処方はご希望ですか？

□ 希望しません　□希望します（ 座薬 ・ こな ・ 錠剤 ）

その他何かあればご記入ください