

問診票(小児用)

記入日(令和 年 月 日)

診察の参考にいたしますので、わかる範囲でご記入ください。

ふりがな		性別	生年月日		
氏名		男・女	平成 令和	年 月 日(歳 ヶ月)	
住所	〒	現在の体温	°C	最近の体重	kg
電話番号		世帯主			
当院受診履歴 ☑してください。	<input type="checkbox"/> 初診 <input type="checkbox"/> 再診(1か月以内に受診あり) ※その場合は、受診した月日をご記入ください。 ____月 ____日				
本日、お薬手帳をお持ちでしたら見せてください。 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし					

①本日はどうされましたか？(○印をつけて下さい) その症状はいつ頃からですか? ____月 ____日頃から

発熱 咳 鼻水 鼻づまり 頭痛 のど痛 関節痛 腹痛 嘔気 嘔吐
下痢 便秘 発疹(ブツブツ) 湿疹(カサカサ・ジクジク)
その他 _____

②現在、治療中の病気がありますか? いいえ・はい

はい の方(病医院名: _____ 病名: _____)

その医療機関で薬をもらっていますか? いいえ・はい(薬名: _____)

もし、お薬手帳などがありましたらスタッフにお渡しください。

③これまでに大きな病気・入院・手術がありましたか?

いいえ・はい(_____)

④今までにかかった病気があれば、○印をつけてください。

突発性発疹 はしか 風疹 水ぼうそう おたふくかぜ 手足口病 ヘルパンギーナ
りんご病 プール熱 喘息 鼻炎 中耳炎 花粉症 アトピー性皮膚炎 じんましん
けいれん ひきつけ(熱あり・熱なし) 心臓病 肺炎 肝炎 腎炎 百日咳 川崎病 出生児低体重

⑤これまでに受けた予防接種に○印をつけてください。

BCG 四種混合(済・途中) 三種混合(済・途中) 二種混合 麻疹風疹混合(I期・II期) 麻疹 風疹
日本脳炎(済・途中) ポリオ(済・途中) ヒブ(済・途中) 肺炎球菌(済・途中) ロタウイルス 水ぼうそう
おたふくかぜ B型肝炎 子宮頸癌

⑥体に合わない薬・食べ物がありますか?

いいえ・はい → 分かれば具体的に(薬名・食べ物 _____ 症状 _____)

⑦その他 気になること、聞きたいこと、伝えておきたいことがあればお書きください。

新型コロナウイルス感染症に関する問診票

埼玉県医師会 Ver. 2

以下の項目をチェックしてください。

1.	息苦しさ（呼吸困難）、強いだるさ（倦怠感）、 高熱等の強い症状のいずれかがある	いいえ ・ はい
2.	味覚・嗅覚障害などの症状がある	いいえ ・ はい
3.	熱や咳など比較的軽い風邪の症状が続く	いいえ ・ はい
4.	重症化しやすい方（※）で、発熱や咳などの 比較的軽い風邪の症状がある	いいえ ・ はい
5.	同居者に発熱あるいはせき（呼吸器症状）のある人 がいる	いいえ ・ はい

（※）高齢者、糖尿病、心不全、呼吸器疾患（COPD等）等の基礎疾患がある方
や透析を受けている方、免疫抑制剤や抗がん剤等を用いている方

令和 年 月 日（ ）

氏 名 (満 歳)

男 ・ 女（妊娠なし ・ あり）

基礎疾患等 なし・あり（ ）