【小児科外来 初診時問診表】

20　　年　　月　　日

医療者記入欄	ＩＤ（　　）　ＢＴ（　　℃） Ｈｔ（　　）ＢＷ（　　）ＢＰ（　　/　　）

記入後は、受付へお出し下さい（記入できる範囲で結構です）。
※お子さまが自分で記入できる場合は、ご本人が記入してください。

ふりがな
〇名前（　　男・女）
〇幼稚園/保育園名（　　）　年少 ・ 年中 ・ 年長
〇学校名（　　学校）　学年（　　年　　組）
〇本日付き添いの方　母 ・ 父 ・ 祖母 ・ 祖父 ・ その他（　　）
〇家族構成
記入例）父(40)　母(39)　兄(14, 中 2)　本人(9, 小 4)　妹(5, 年長)　祖母(70)

1. 本日はどのようなことがお困りで来られましたか。
いつごろから、どのようにありますか。

2. 思いあたる原因はありますか。　（　ある　・　ない　）
ある方は簡潔にご記入ください。

3. 現在、薬を服用していますか。　（　はい　・　いいえ　）

4. これまでに入院や手術をしたことはありますか。　（　ある　・　ない　）
（　　）歳頃　　病名（　　）

5. 長く通院または治療している病気はありますか。
（ 気管支喘息 アトピー性皮膚炎 心疾患 てんかん 膠原病 夜尿症 潰瘍性大腸炎など ）
（　　）歳頃から　病名（　　）

6. ご家族の方で長く治療している病気はありますか　（　ある　・　ない　）
誰がいつから（　　）　病名（　　）

7. 予防接種の状況について教えてください。

（　定期接種済み　・　一部していない　・　全くしていない　）

8. 生まれた時の状況のことを教えてください。

週　　日出生　身長（　　cm）　体重（　　g）　頭囲（　　cm）

仮死　（　あり　・　なし　）　NICU 入院歴　（　あり　・　なし　）

9. これまでの健診で何か指摘されたことはありますか　（　ある　・　ない　）
（　　）歳頃　指摘されたこと（　　）

10. かかりつけの小児科はどちらですか。

医院名（　　）

11. 今までに漢方薬を服用したことがありますか。　（　ある　・　ない　）
薬名（　　）

12. 身近に漢方薬を服用されている方はいらっしゃいますか。　（　いる　・　いない　）

お子さまの普段の生活で当てはまるものに、いくつでも〇をつけてください。
※ご本人が記入できる場合はご本人が記入してください。

【食事】
（食 欲）：よく食べる　　あまり食べない　　ふつう　　ムラがある　　偏食がある
（よく食べるもの）：甘いもの　　果物　　塩からいもの　　冷たいもの
ヨーグルト　牛乳　　お菓子　　その他（　　）
（水 分）：ふつう　よくのみたがる　あまりのまない　目安：ペットボトル（　　）本分

【睡眠】
就寝（　　）時ごろ　　起床（　　）時ごろ　　平均（　　）時間
（ねつき）：よい　　ふつう　　わるい（30 分以上かかる）　途中でよく起きる
（目覚め）：ふつう　寝起きはよい　　なかなか目がさめない　　起きるが機嫌が悪い
（夜泣き）：よくある　　時々ある　　ほとんどない　　ひどい
（夜　驚）：よくある　　時々ある　　ない

【尿】
（回 数）：多い　　少ない　　ふつう　　1 日（　　）回くらい
（夜 尿）：ある　　ない　　オムツ使用中

【便】
（回 数）：毎日（　　）回　　（　　）日に 1 回くらい
（でかた）：スムーズにでる　　なかなかでない　　出血する　　排便痛がある
（性 状）：すっきりバナナ状（ふつう）　ややかたい　　コロコロうさぎうんち
やわらかい　　泥様　　水様
（下 剤）：使っている（　毎日　・　時々　）　薬名（　　）

【皮ふ】
弱い　　ふつう　　乾燥する　　じんましんが出やすい　　しもやけになる

【生活】
（習い事）　　：あり　なし（習い事の内容：　　）

（メディア）　：スマホ（　自分のものを持っている　・　親のものを使っている　・　なし　）
ゲーム機（　あり　・　なし　）　機種（　　）
タブレット端末・パソコン使用（　あり　・　なし　）
使用時間　平日（　　）時間　　休日（　　）時間

【その他気になる事・相談したいことなど】

ご記入、ありがとうございました。