

予診表 (初診)

川島小児科 水野医院

フリガナ

名前 _____ 年齢 _____ 歳 _____ ヶ月

I) ①診察の参考にしますので、症状のあるところだけお答え下さい。

熱 いつから _____ °C 最高 _____ °C

頭痛 (あり・なし) いつから _____

のどの痛み (あり・なし) いつから _____

咳 いつから _____

どんな (痰がらみ・湿性・乾性・空咳・犬吠・咳こみ・咳あげ・ _____)

痰 いつから _____ 色 (透明・白色・黄色・緑色)

喘鳴(ぜいぜいする) (あり・なし)

鼻水 いつから _____ 色 (透明・黄色・ _____) **鼻閉** いつから _____

くしゃみ いつから _____ (時々・頻繁)

目やに いつから _____ (あり・なし) (両目・右・左)

腹痛あり 部位 (臍周囲・上腹部・下腹部・ _____) いつから _____

下痢 いつから _____ (一日 _____ 回)

どんな (少し軟便・水様便・ _____) 混血 (あり・少しあり・なし)

吐き気 いつから _____ **嘔吐** _____ 回

皮膚症状 湿疹・アトピー _____ かゆみ (あり・なし) 部位 _____

②食欲ありますか (+・±・-) 水分摂取はできていますか (+・±・-)

③ (耳鼻科など) 服用中の薬がありますか (薬名 _____ 内容不明)

④その他の症状・気になること _____

II) 生まれた時について

出生体重 _____ g (在胎 _____ 週) 分娩 (正常・鉗子・吸引・帝王切開)

黄疸 (軽・中等度・重症) _____ 乳児期の栄養 (母乳のみ・混合・人工)

III) 今までに次の病気をしましたか?

はしか・水ぼうそう・おたふくかぜ・風疹 (三日はしか)・百日咳

今までに入院するような病気にかかったことはありますか?

ない・ある (病名 _____)

それはいつですか? (_____ 年 _____ 月 _____ 日または何才のころ _____ 才)

IV) 予防接種について (母子手帳を見て下さい)

四種または三種混合 (した (_____ 回)・していない)

三種混合をした方で不活化ポリオ (した (_____ 回)・していない)

麻しん風しん混合 (した・していない) BCG接種 (した・していない)

水痘 (した・していない) おたふく (した・していない)

ヒブ (した・していない) 小児用肺炎球菌 (した・していない)

V) 家族の方にご病気の方がいらっしゃいますか?

父 _____ 歳 (健康・病名 _____) 母 _____ 歳 (健康・病名 _____)

兄姉 _____ 歳 (健康・病名 _____) 弟妹 _____ 歳 (健康・病名 _____)

VI) 今までに薬で発疹などがでて、あわない薬がありましたか?

(ない・ある) ある方はどのような薬ですか? _____

VII) お薬の希望 (ただしお薬の種類によっては希望に添えない場合があります)

(水薬・粉薬・錠剤) _____ 解熱剤は (坐剤・粉薬・錠剤)

今の体重 (_____ kg) 今の体温 (_____ °C)