

予診表 (初診) 1歳未満

川島小児科 水野医院

フリガナ

名前 _____ 年齢 _____ ヶ月 _____ 日

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 _____ ℃ 最高 _____ ℃

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 _____ どんな色 (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 _____ どんな色 (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)

IV) 予防接種について (母子手帳を見て下さい)

B型肝炎 (した・していない) ロタウイルス (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) 四種混合 (した・していない)

BCG接種 (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) _____ 解熱剤は (坐薬・粉薬)

今の体重 (_____ g) 今の体温 (_____ ℃)