

# きかわだクリニック問診表（0歳～中学生）

ID \_\_\_\_\_

ふりがな  
お名前： \_\_\_\_\_

性別（男・女） 年齢 \_\_\_\_\_ 歳

〒 \_\_\_\_\_

ご住所： \_\_\_\_\_

電話番号： \_\_\_\_\_

携帯電話： \_\_\_\_\_ 明・大・昭・平 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg 輸血歴（ある・ない）

同居家族を○で囲んでください。（なし・配偶者・親・祖父母・子供 \_\_\_\_\_ 人・その他 \_\_\_\_\_ 人）

- ① 今までに大きな病気をした事がありますか？（ある・ない）  
ある場合はわかる範囲で病名をお書きください  
（ \_\_\_\_\_ ）
- ② 薬や食品でアレルギーがあればご記入ください  
（ \_\_\_\_\_ ）
- ③ 保育園、幼稚園、学校で流行っている病気がありますか？  
（はい 病名： \_\_\_\_\_ ・いいえ）
- ④ 今日はどのような症状で来院されましたか？以下に該当するものがあれば○を付けてください

発熱（ \_\_\_\_\_ 度）・咳・鼻水・のどの痛み・おう吐・下痢・発疹・頭痛  
その他（ \_\_\_\_\_ ）

- ⑤ わかる範囲で、該当する方に○を付けてください  
きげんはいいですか？（良い・悪い）  
元気はありますか？（ある・ない）  
おっぱいの飲みや食欲はありますか？（ある（良い）・ない（悪い））  
水分摂取はできますか？（できる・できない）  
夜間眠れていますか？（はい・いいえ）  
尿の量・回数（普段通り・少ない 最後に出たのは \_\_\_\_\_ 時頃）  
けいれんを過去に起こしたことはありますか？（ある・ない）

- ⑥ 今回の病気がかかった医療機関や、  
他の病気がかかっている医療機関はありますか？（ある・ない）  
その医療機関で処方された薬はありますか？（ある・ない）  
※ある場合は、お薬手帳や薬剤情報など、持ちであれば診察時お出しください