

～もりもりキッズ・アレルギークリニック問診票～

ふりがな

氏名： _____ (男・女)

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (年齢 _____ 歳 _____ ヶ月)

記入者 _____ (続柄： _____)

体重 _____ kg

身長 _____ cm

体温 _____ °C

1. 本日はどうされましたか？○印をつけてください。

(体調不良・前回の続き・定期受診・アレルギー相談・鼻汁吸引・便秘・低身長・夜尿・書類・検査)
(その他 _____)

2. 体調不良の方は、あてはまる下記の症状に○印をつけてください。

- ・発熱 (/) () 時頃からの発熱 最高 () °C
- ・咳 (/) から
- ・嘔吐 (/) から 1日 () 回
- ・腹痛 (/) から
- ・その他 (/) から ()
- ・鼻水 (/) から
- ・下痢 (/) から 1日 () 回
- ・湿疹 (/) から どこに ()

3. お子様の今日の様子について、○印をつけてください。

食事 (いつも通り・少なめ・全くとれない) いつからですか？ (月 日～)
水分 (いつも通り・少なめ・全くとれない) いつからですか？ (月 日～)
元気 (いつも通り・少し元気がない・ぐったり)
睡眠 (いつも通り・少ない・夜泣き・せき込んで起きる)

4. ご家族や園・学校で同様の症状の方はいますか？

いいえ・はい (誰が _____ どのような _____)
就学状況：未就園／こども園・幼稚園 (園名 _____) 小学校・中学校 (校名 _____ 年)

5. 便秘の方に質問です。 (/) から便が出ていない 便の回数 週に () 回 固い・普通・軟便

6. 低身長の方に質問です。 出生週数 () 週 () 日 出生体重 () g 出生身長 () cm
母の身長 () cm 父の身長 () cm

7. 夜尿の方に質問です。 夜尿の回数 週に () 回 (パンツだけ濡れる シーツまで濡れる)

8. 上記の症状でほかの病院を受診されましたか？ いいえ・はい (病院名 _____)
はいの方へ 検査は受けましたか？ いいえ・はい (検査名 _____)

9. 他院で服用されているお薬があれば記入、または、お薬手帳をスタッフへ提出してください。

(病院名 _____) お薬 _____

10. アレルギーはありますか？ いいえ・はい

はいの方へ アトピー性皮膚炎・喘息・アレルギー性鼻炎・食物アレルギー - 【卵・乳・小麦・その他 (_____)】
薬剤アレルギー - (_____) ・その他 (_____)

11. お薬の希望はありますか？ (シロップ・粉・錠剤)
解熱剤は必要ですか？ (要 坐薬・粉・錠剤 不要)

12. 何か他に相談されたいことがあればご記入ください

[_____]

