

# こどもの問診票

次の質問に○印、あるいはご記入ください。

フリガナ  
お名前 \_\_\_\_\_ 生年月日 平成・令和 年 月 日

ご住所 \_\_\_\_\_

TEL (自宅) \_\_\_\_\_ (緊急連絡先) \_\_\_\_\_

今日は、どのような症状で来院されましたか。(それは、いつ頃からですか。)

---

---

---

・ これまでに脳神経外科を受診された事がありますか。  
いいえ はい ( \_\_\_\_\_ 年頃)  
(本院 又は 他院 病名 \_\_\_\_\_ )

・ これまでに病気をされたことがありますか。  
いいえ はい ぜんそく 花粉症 自家中毒 (周期性嘔吐症)  
熱性けいれん 中耳炎 副鼻腔炎 (蓄膿症)  
その他 ( \_\_\_\_\_ )

・ 現在、他の病気で治療を受けられたり、薬を服用されていますか。  
いいえ はい (薬の名前: \_\_\_\_\_ )  
(薬をもらっている病院名: \_\_\_\_\_ )

・ 特別な体質がありますか。  
いいえ はい しっしん、かぶれ、じんましん、アレルギー、その他

・ これまでに注射や薬で具合が悪くなったことがありますか。  
いいえ はい (薬の名前: \_\_\_\_\_ )

・ これまでに麻酔をかけたり、手術をされたことがありますか。  
いいえ はい ( \_\_\_\_\_ 年頃) (病名: \_\_\_\_\_ )

・ 現在の身長と体重はいくらですか? 身長 ( \_\_\_\_\_ ) cm 体重 ( \_\_\_\_\_ ) kg

・ 利き手はどちらですか。 右 左

・ 乳児の場合は現在可能な移動手段を選択してください。  
背這い 寝返り 座位移動 ずり這い 高這い 伝い歩き 独歩

・ 頭痛で御相談の場合は以下の質問にもお答え下さい。  
家族 (特に母親) に頭痛持ちの人はいませんか いない いる  
よくおなかをこわして下痢や嘔吐をしていませんか いいえ はい

(感染症対策用問診票の記載もご一緒をお願いしております。)

(問診票またはこどもの問診票と一緒にこちらの記載をお願いします)

## 感染症対策問診票

ID ( ) 氏名 ( ) 令和 年 月 日

1	本日の体温は何度ですか？ ( ) °C
2	過去2週間以内に、当てはまる症状にチェックをつけてください。 <input type="checkbox"/> 発熱 解熱、鎮痛剤の使用 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> せき <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 体のだるさ <input type="checkbox"/> 息苦しさ <input type="checkbox"/> 味覚(あじ)・嗅覚(におい)の異常 <input type="checkbox"/> その他( ) 症状が発生した日: 月 日 <input type="checkbox"/> なし
3	新型コロナワクチンの接種を受けましたか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 接種を受けたことがある場合 1回目 月 日 ・ 2回目 月 日
4	過去2週間以内に、同居、職場、又は身近な人で当てはまる症状にチェックをつけてください。 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> せき <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 体のだるさ <input type="checkbox"/> 息苦しさ <input type="checkbox"/> 味覚(あじ)・嗅覚(におい)の異常 <input type="checkbox"/> なし
5	過去2週間以内に、県外及び県内の新型コロナウイルスの流行地への移動する機会がありましたか？ <input type="checkbox"/> ある 移動した日: 月 日 場所:( ) <input type="checkbox"/> なし
6	過去2週間以内に、県外の方と接触がありましたか？ <input type="checkbox"/> ある 接触した日: 月 日 接触した人: <input type="checkbox"/> 同居家族 <input type="checkbox"/> 職場の人 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> なし
7	過去2週間以内に、人の多いところや換気の悪い密閉された場所(カラオケ・スナック・居酒屋など)に行かれたことがありますか？ <input type="checkbox"/> ある 訪れた日: 月 日 場所:( ) <input type="checkbox"/> なし
8	過去2週間以内に、新型コロナウイルス感染した方と接触がありましたか？ <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 同居家族 <input type="checkbox"/> 職場の人 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> なし