

問 診 票 (小児科)

			記入日	年	月	日
フリガナ		男	生年月日	年	月	日生
お名前		女		(歳	ヶ月)
ご住所	(〒 -)	電	自宅			
			携帯	(父・母・)		

◆体重	kg	◆身長	cm
-----	----	-----	----

1. 今日どのようなことで来られましたか？○で囲んでください。
 診察・健康診断・予防接種・育児相談
 発熱 (°C) ・せき ・鼻水 ・嘔吐 ・下痢 ・腹痛 ・咽頭痛 ・頭痛 ・血便 ・食欲不振
 発疹・その他 ()
2. その症状はいつから始まりましたか？ ()
3. 出産時のようすについて 出産された病院名 ()
 ・出生体重 () g ・分娩時、出産時の状態 正常・異常 ()
 ・予定日より () 日 早かった・遅かった・予定通り
4. 今まで病気にかかったことがありますか？ ○で囲んでください。
 また、それ以外に治療を受けた病気や入院、手術のご経験がある方はご記入ください。

百日咳 はしか みずぼうそう (水痘) おたふくかぜ (流行性耳下腺炎) 風疹 突発性発疹 RS ウィルス
 ひきつけ その他 () いつ頃 ()

5. 今までに大きな病気や入院したことがありますか？ ある ・ ない
 病名 時期 年 月頃 内容
 病名 時期 年 月頃 内容

6. いままでに受けた予防接種はありますか？ ある ・ ない

・ヒブワクチン ・小児肺炎球菌ワクチン ・DPT-IPV (4混) ・DPT (3混) ・B型肝炎
 ・ロタワクチン ・MR ・日本脳炎 ・水痘 ・おたふく ・ポリオ ・BCG ・インフルエンザ

7. アレルギー性疾患を指摘されたことがありますか？ ○で囲んでください。 ある ・ ない

・気管支喘息 ・アレルギー性鼻炎 ・アトピー性皮膚炎 ・じんましん
 ・食物アレルギー ()

8. ご家族の方の病気について
 ・アレルギー体質の方はいらっしゃいますか？ いる・いない・わからない
 ・大きな病気や慢性病にかかった方はいらっしゃいますか？ いる・いない・わからない

9. アレルギーについてお聞きします。
 食べ物・薬・注射で気分が悪くなったり、発疹が出たことがありますか？ ある・ない・わからない
 品名 薬名

10. 乳幼児期の発育について
 ・首のすわり (ヶ月) ・お座り (ヶ月) ・歩き始め (ヶ月)

11. 当院を何でお知りになりましたか？
 ・看板、広告 ・インターネット ・ご友人等からのご紹介 ・その他 ()