

問 診 票 （小児科）

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

◆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るでしょうか？ 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るでしょうか？ 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 (ヲ月) ・お座り (ヲ月) ・歩き始め (ヲ月)
- 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 ()