

小児科問診表

初診用 (年 月 日)

| | | | | | | |
|---|-----|------|----------|----|----|----|
| ふりがな | 男・女 | 生年月日 | 昭和 平成 | 年 | 月 | 日 |
| お名前 | | 年齢 | 才 | ヶ月 | 体重 | kg |
| 住所 〒 | | | | | | |
| 電話番号 | | | 携帯番号 | | | |
| 生活の場 自宅・() 保育園 幼稚園 小学校 中学校 高校 クラス() 組 | | | | | | |

- 1) 今日はどうしましたか？ 当てはまる症状に○をつけて下さい。
 また、一番気になる症状や心配な症状には◎をつけて下さい。
 ・発熱 (℃) ・せき ・鼻水 ・痰がからむ ・のどの痛み
 ・のどの痛み ・頭痛 ・ゼイゼイ ・嘔吐 ・下痢 ・腹痛 ・湿疹
 ・発疹(水痘、はしかなど)、おたふく など人にうつる病気
 ・その他 ()
 一番気になる症状や心配な症状(◎をつけた症状)は、いつからありますか？
 月 日から (日前から)

- 2) 他の病院にかかったりなにか薬を飲んだりしましたか？
 はい 病名
 薬の名前 ()
 いいえ

- 3) 今までに飲んだ薬や食べ物で発疹が出たり、気持ち悪くなったりしたこと
 (アレルギー反応)がありますか？ もしあれば記入して下さい。
 薬 ()、食べ物 ()

- 4) 今までに重い病気にかかったり入院したことがありますか？
 もしあれば、その病気を記入して下さい
 ()

- 5) 今までにかかった病気に○をつけて下さい。
 ・水ぼうそう ・おたふくかぜ ・喘息 ・熱性痙攣
 ・その他 ()

- 6) 予防接種歴 今までに受けた予防接種すべてに○をつけて下さい。
 ・ロタウイルス (1, 2)回 ・B型肝炎 (1, 2, 3)回
 ・H i b (1, 2, 3)回, 追加 ・肺炎球菌 (1, 2, 3)回, 追加
 ・四種混合 (1, 2, 3)回, 追加 ・BCG
 ・三種混合 (1, 2, 3)回, 追加 ・不活化ポリオ (1, 2, 3)回, 追加
 ・生ポリオ (1, 2)回 ・MR混合ワクチン (1, 2)期
 ・日本脳炎 (1, 2)回, 追加 ・水痘 (1, 2)回 ・おたふく (1, 2)回
 ・二種混合 ・子宮頸がんワクチン(女性) 1, 2, 3回

ご協力ありがとうございました。この問診表は、診察の際の参考にさせていただきます。