

小児科問診表

初診用（ 月 日）

住所： _____

電話： _____

フリガナ

携帯： _____

氏名 _____

生年月日

年

月

日

年齢

才

ヶ月、

体重

kg

幼稚園又は学校名

クラス

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（ °C） ・せき ・鼻水 ・痰がからむ
- ・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 ・不活化ポリア (1, 2, 3) 回, 追加
- ・生ポリア (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)
- ・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。