

小児科問診表(初診用)

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

診察前体温・体重 (当方で記入します)

°C

g・kg

ふりがな		性別	男	女
お名前		生年月日	平成 年 月 日	歳 カ月
住所	〒			電話番号
				携帯番号

1.いつごろからどのような症状でしたか？

(当てはまる項目に○をして下さい)

症状 発熱(最高 _____ °C) 咳 鼻水 ゼイゼイ 息が苦しい のどが痛い
 腹痛 下痢 吐き気 吐いた 便秘 発疹 眼が赤い 目やに 頭痛 関節痛
 不機嫌(ぐずる) 母乳・ミルクの飲みが悪い 食欲がない ぐったりしている
 その他 ()

2.今まで入院するような大きな病気をされたことはありますか？(ある ない)

3.これまでにかった病気に○をして下さい。

はしか 風疹(三日はしか) 水ぼうそう おたふくかぜ 突発性発疹(突発疹) 溶連菌感染症
 ぜんそく アレルギー性鼻炎(花粉症) アトピー性皮膚炎 熱性けいれん(ひきつけ) 中耳炎 肺炎
 その他 ()
 抗けいれん剤の使用 : 無 ・ 有 (薬名)

4.予防接種ですでに受けられたものに○をして下さい。

BCG 生ポリオ(1回, 2回) 不活化ポリオ(1回, 2回, 3回, 4回)
 二種混合(1回) 三種混合(1回, 2回, 3回, 4回) 四種混合(1回, 2回, 3回, 4回)
 肺炎球菌(1回, 2回, 3回, 4回) Hib: ヒブ(1回, 2回, 3回, 4回) MR: 麻疹・風疹混合(1回, 2回)
 ロタリックス(1回, 2回) ロタテック(1回, 2回, 3回)
 みずぼうそう おたふくかぜ 日本脳炎(1回, 2回, 3回) その他 ()

5.アレルギーがありますか？

無 有()

6.現在通院中の医療機関や服用中のお薬があれば教えてください。(ある ない)

7.差し支えなければ通園・通学先を教えてください。

ご協力ありがとうございました。ご記入いただいた内容は秘密を厳守いたします。

ながた内科クリニック