

小児科問診表(初診用)

年 月 日

体重 kg

ふりがな		男・女	生年月日	年 月 日		
お名前				平・令 歳 月 日	カ月	日生
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(現在_____℃) 咳 鼻水 のどが痛い 痰がらみ 頭痛 関節痛 寒気
 腹痛 下痢 吐き気 嘔吐(回) 便秘 喘息 息が苦しい
 不機嫌(ぐずる) 花粉症 アレルギー 発疹 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.これまでににかかった病気に○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？

ない ある()

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)
 (マイナ保険証による情報取得に同意された方は、直近1ヵ月以内の処方薬を除き、記載を省略可能)

7.差し支えなければ通園・通学先を教えてください。