【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	平・令 年 月 日生	
お名前				年 月 日生	歳
住所	〒	電話番号 () -		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 (____月 ____日から) (現在____℃) 咳 鼻水 のどが痛い 痰がらみ
 頭痛 関節痛 倦怠感 腹痛 お腹調子が悪い 下痢 吐き気 嘔吐(____回)
 不機嫌(ぐずる) 花粉症 アレルギー 発疹 食欲がない 便秘 喘息
 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.現在、当院以外で定期的にかかっておられる医療機関はありますか？

※その医療機関で、薬をもらわれていますか。あれば、薬の名前をお書きください。
 (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)

5.薬や食べ物のアレルギーがありますか？

ない ある()

7.差し支えなければ通園・通学先を教えてください。