

< 小 児 科 問 診 票 >

| | | | | |
|---------------------------|--------------------------------------|---|---------------------|-------------------|
| (フリガナ) 氏 名 (お子様) | | | 生年月日 | |
| | 男 | 女 | 平・令 (西暦 年 齡 (| 年 月 日 年) 歳 ヶ月) |
| 現住所 | 〒 ー 都・道 区 府・県 市・郡 | | | |
| 電 話 | () ー | 熱 | ℃ | |
| 体 重 | kg ☆お薬の量を決めるのに必要です。分からない時は、お申し出ください。 | | | |
| ☆お薬手帳はお使いですか？【 はい ・ いいえ 】 | | | | |

Q.今日はどうな症状で来院されましたか？

発熱 ・ 咳 ・ 鼻水 ・ 頭痛 ・ のどの痛み ・ 腹痛 ・ 下痢 ・ 嘔吐 ・ 吐き気 ・ 悪寒 ・ 発疹
その他（具体的に：)

Qその症状はいつごろからですか？

Q.既往歴(今までにかかったことのある病気に○をつけてください。)

突発性発疹、熱性けいれん、中耳炎、おたふくかぜ、水ぼうそう、肺炎/気管支炎、
気管支ぜんそく(胸がゼイゼイした)、RS ウイルス、クループ、川崎病、アトピー性皮膚炎、
アセトン血性嘔吐症(自家中毒)、結核、先天性心疾患、
その他【]

Q.アレルギー歴(お薬や食べ物などで発疹が出たり、調子が悪くなったことはありますか？)

いいえ
は い(どのような物でしたか?)
→

Q.家族歴(お子様のご家族にアレルギーや持病、遺伝性疾患をお持ちの方はいらっしゃいますか？)

いいえ
は い(どなたが？どのようなものですか?)
→

Q. 渡航歴 (過去1か月に海外へ行きましたか?)

いいえ
は い(国名は?)

<裏面もご記入ください>

Q.妊娠分娩歴(お子様を妊娠中、分娩の時のことについてお伺いします。)

在胎週数【 】週 または、予定日より【 日 早い・遅い】

出生体重【 】g

お産方法【 正常分娩・帝王切開・骨盤位(逆子)】

生後すぐに泣きましたか?【 はい・いいえ】

黄疸は…【 普通・強い ⇒ 光線療法を… 受けた・受けない】

Q.成長発達歴(乳幼児健診などで異常を指摘されたことはありますか?)

いいえ

はい(どのようなことですか?)

→

Q.予防接種(受けたものを○で囲み、受けた回数を記入してください)

全ての予防接種が分からない場合も、分かる範囲でなるべく記入してください。不明なものについては診察時に医師へお話しください。

B型肝炎 【 回】

ヒブ 【 回】

小児用肺炎球菌 【 回】

DPT-IPV (四種混合) 【1期 回】

DPT (三種混合) 【1期 回】

DT 【1期 回、 2期 】

ポリオ (IPV) 【経口 回、注射 回】、

BCG

MR(麻疹風疹混合) 【1期・2期】

日本脳炎 【1期 回、2期 】、

水痘(水ぼうそう) 【 回】

おたふくかぜ 【 回】

ロタ(ロタテック/ロタリックス) 【 回】、

インフルエンザ (年 月 日接種)

その他【

】

ありがとうございました。ご記入が終わりましたら受付にご提出ください。
順番にご案内しますので、お待ちください。