

小児問診票

ふりがな					性別	男	女
氏名					通園・通学先		
生年月日	平成・令和・西暦		年	月	日	()歳	()ヶ月
住所	〒						
電話番号				携帯電話			
体温	℃	体重	kg	身長	cm		

* おくすりの希望：シロップ・水薬 こな薬 錠剤・つぶ

1. 今日はどのような症状、理由で受診されましたか？

()

2. それはいつ頃からですか？ (_____月 _____日 午前・午後 _____時頃)

3. 近所、通園、通学先などで、はやっている病気はありますか？

いいえ はい (病名など: _____)

4. 入院するような病気、手術が必要な病気にかかったことがありますか？

いいえ はい (病名: _____ 状況: _____)

5. 今までに次のような病気にかかったことがありますか？かかっていますか？

いいえ はい (突発性発疹、麻疹(はしか)、風疹、リンゴ病(伝染性紅斑)、おたふくかぜ、ぜんそく、水ぼうそう、百日咳、川崎病、熱性けいれん
その他())

6. 薬や食べもの、ペット、その他のアレルギーはありますか？

いいえ はい 薬() 食べもの()
花粉()、その他()

7. 以下の予防接種は受けましたか。受けたものに○をつけて下さい(分かる範囲でお願いします)。

ヒブワクチン、肺炎球菌、B型肝炎、ロタウイルス、BCG、四種混合、麻疹・風疹(MR)、
三種混合、水痘(みずぼうそう)、おたふく(ムンプス)、日本脳炎、ポリオ、子宮頸がん

8. 診察について、くすりのことなど、御意見・御希望があれば、自由に書いて下さい。

()