

小児科問診票

ふりがな	生年月日
お名前 男・女	昭和・平成 年 月 日
	歳 ヶ月
〒 -	
ご住所	
電話番号 ()	携帯番号 ()

1. いつからどうされましたか？

日から

1. 発熱 (°C) 2. 咳 3. 鼻水 4. 嘔吐 5. 下痢 6. 腹痛 7. 頭痛
8. 蕁麻疹 (部位) 9. 発疹 (部位) 10. その他 ()

2. これまでにかかれた病気は？

突発性発疹・はしか・風しん・水ぼうそう・おたふく・百日咳・気管支炎
喘息・その他 ()
ひきつけ → 最終： 年 月 日、計 回、
抗けいれん剤の使用： 無・有 (薬名：)

3. 予防接種を受けましたか？ (初診の方のみ)

BCG・四種混合DPT-IPV (1・2・3回・追加)・三種混合DPT (1・2・3回・追加)
二種混合 (ジフテリア+破傷風)・ヒブワクチン (1・2・3回・追加)
肺炎球菌 (1・2・3回・追加)・麻疹+風疹 MR (1・2回)
ポリオ生ワクチン (回) または不活化ポリオ (1・2・3回・追加)
日本脳炎 (I期 1・2回) (追加) (II期)
水ぼうそう・おたふく・B型肝炎 (1・2・3回)・ロタ生ワクチン (1・2回)・その他 ()

4. 食物・薬剤アレルギーはありますか？ ない・ある ()

5. 現在飲んでいる薬はありますか？ ない・ある ()

6. 入院されたことはありますか？ いいえ・はい
病名： () いつ (年 月 日)

7. 出生時のことで伝えておきたいことはありますか？
()

8. その他伝えたいことはありますか？
()