

小児科問診表

診察前体温(°C)
ふりがな 生年月日(西暦 年 月 日)
患者氏名() (歳 か月) 性別(男
下
住所() 保育園 ・ 幼稚園 ・ 学校名()
TEL() 体重(kg) 当院受診歴のある家族名()

今日はどうされましたか？ 症状・理由に○をつけてください。

熱 ・ 咳 ・ 鼻水 ・ 頭痛 ・ 腹痛 ・ 下痢 ・ 嘔吐 ・ その他
いつからどのような症状が詳しくご記入ください。(その他相談等ありましたらご記入ください。)

生まれた時のことについて、お聞きします。

生まれた時の体重は(グラム) ・ 妊娠週数(週 日)
生まれた時、異常は(なし・あり)

すぜに済ませた予防接種に○をつけてください。

Hib[1 ・ 2 ・ 3 ・ 4] 肺炎球菌[1 ・ 2 ・ 3 ・ 4] B型肝炎ウイルス[1 ・ 2]
DPT-IPV(4種混合)[1 ・ 2 ・ 3 ・ 4] BCG
MRワクチン(麻酔風疹) [1期・2期] 水痘[1・2] おたふく[1・2]
日本脳炎[1期 1・2 ・追加] DPT[1・2・3・4] ポリオ[1・2・3・4]
ロタリックス[1・2] ロタテック[1・2・3]

すでにかかった伝染病に○をつけてください。

突発性発疹 ・ おたふく ・ 水ぼうそう ・ 発疹 ・ 風疹

いままでに薬や食べ物でアレルギーが出たことがありますか？

ない ・ ある(具体的に)

いままでに発育や発達について、特に気になっていることはありますか？

ない ・ ある(具体的に)

いままでに何か大きな病気、持病、既往歴等ありますか？

ない ・ ある(具体的に)

現在、飲んでいる薬はありますか？

ない ・ ある(具体的に)

血のつながっている方に次の病気があれば○をつけてください。

ひきつけ(熱性痙攣) ・ 喘息 ・ アレルギー ・ 結核 ・ 腎臓病 ・ 肝臓病 ・ 高血圧 ・ 糖尿病
その他()

