

# 小児科問診票

記入日： 年 月 日

|      |     |     |                      |       |   |
|------|-----|-----|----------------------|-------|---|
| フリガナ |     | 男・女 | 生年月日                 |       |   |
| 氏名   |     |     | 大・昭・平・令 年 月 日 (才 ヶ月) |       |   |
| 住所   | 〒 ー |     |                      |       |   |
| 電話番号 |     |     |                      |       |   |
| 身長   | cm  | 体重  | kg                   | 本日の体温 | ℃ |

本日はどうなさいましたか？当てはまるものにチェックをつけてください。

熱（最高体温 ℃）鼻水せきのどの痛みゼイゼイする耳の痛み目やに頭痛  
腹痛吐き気・嘔吐便秘下痢発疹その他（ ）

症状はいつ頃からありますか？ 約（ ）日・週間・ヶ月・年前から

元気さや食欲はどうですか？

元気さ（元気 まずまず元気 少ししんどい ぐったり）  
 食欲（いつも通り いつもより少なめ 全くなし）  
 水分（いつも通り いつもより少なめ 全くとれない）  
 おしっこ（いつも通り いつもより少なめ 全く出ない）

これまでにかった病気はありますか？

なし 不明 突発性発疹 熱性けいれん 水ぼうそう おたふくかぜ 麻疹 風疹 喘息  
アトピー性皮膚炎 その他（ ）

現在、飲んでいるお薬はありますか？

なし あり（ ）

どんな種類の薬が飲めますか？

シロップ 粉薬 錠剤またはカプセル

今まで受けた予防接種を選んでください

ヒブ 小児肺炎球菌 B型肝炎 ロタ 四種混合 BCG MR（麻疹・風疹） 水痘 おたふくかぜ 日本脳炎 インフルエンザ その他（ ）

食べ物やお薬、注射などでじんましんなどのアレルギーが出たことはありますか？

なし 食べ物（ ） 薬（ ）

出生時の様子を選んでください

出生体重（ ）g・在胎週数（ ）週（ ）日 正常分娩 異常分娩 帝王切開

ご希望される項目があれば選択してください

お薬の変更 検査 登園許可証 与薬依頼書 その他（ ）

当院をどちらでお知りになりましたか？

インターネット 看板 知人 通りがかり その他（ ）

※ご協力ありがとうございました。