

小児科問診表

(下記の項目について記入もしくは○をつけてください)

フリガナ
氏名

(男 ・ 女)

生年月日：平成 年 月 日 (歳 ヶ月)

- 生まれてから今まで、大きな病気やケガをしましたか？ (はい ・ いいえ)
「はい」と答えた方⇒いつ () 病名 ()
- 発育に問題があるといわれた事がありますか？ (はい ・ いいえ)
「はい」と答えた方⇒いつ () 指摘内容 ()
- 今までに受けた予防接種はありますか？
BCG・ポリオ・はしか(麻疹)・風疹(3日はしか)・麻疹風疹混合ワクチン
三種混合・日本脳炎・おたふくかぜ・その他 ()
- 今まで、発熱時にひきつけをおこしたことがありますか？ (はい ・ いいえ)
「はい」と答えた方⇒いつ ()
- 下記のアレルギー疾患のうち、指摘されたものはありますか？ (はい ・ いいえ)
気管支喘息・アレルギー性皮膚炎・アレルギー性鼻炎・じんましん
- 食べ物、薬、注射などでアレルギー症状がでた事がありますか？ (はい ・ いいえ)
「はい」と答えた方⇒品名 ()
- 下記の中で該当する項目はありますか？
風邪をひきやすい・熱をだしやすい・下痢をしやすい・ゼーゼーいやすい
- 同居しているご家族に○をしてください。
父・母・きょうだい(無・有) 才 男・女 才 男・女 才 男・女
祖父・祖母・その他 ()
- 同居しているご家族の病気について
アレルギー体質の方はいますか？ (はい・いいえ・わからない)
B型肝炎、C型肝炎などの感染症にかかっている方はいますか？ (はい・いいえ・わからない)
「はい」と答えた方⇒病名 ()

※該当項目を○で囲んでください。

食欲	良	少なめ	ない	体重
水分	充分	少なめ	取れない	体温 () °C
元気	あり	ややない	ない	受診の目的(いつから、どこが、どのよう に具合悪いですか?)
尿量	普通	少なめ	出ない	
発疹はありますか？ ※「はい」の方は受付に申し出てください。		いいえ	はい	
麻疹・風疹・水痘・おたふくなどの 感染症の人と接触がありましたか？		いいえ	はい	
10日以内に海外から帰国 した方と接触がありましたか？		いいえ	はい	
本人・ 家族	最近、感染症にかかっている 人はいますか？	いいえ	はい	かかりつけ医 ()
		病名： 本人・他 ()		内服 (あり ・ なし) 薬剤名