

小児科 問診票

可能な範囲で結構ですのでご記入をお願いします。診察の参考にいたします。

お名前: _____ 性別: 男・女 年齢: _____ 歳 _____ カ月

体温 _____ °C 身長: _____ cm 体重 _____ kg

① 今日はどうされましたか？

- 発熱 せき 鼻水 下痢 嘔吐 腹痛 咽頭痛 頭痛 発疹 その他()
その他()

② いつごろから症状がでましたか？

③ 保育園(所)、幼稚園、学校などに通っていますか？

- 保育園(所) 幼稚園 小学校 中学校 高校 その他()

④ 今までに受けた予防接種について教えてください。

- BCG 生ポリオ 不活化ポリオ 三種混合 四種混合 ヒブ 肺炎球菌 ロタウイルス
B型肝炎 風疹・麻疹 日本脳炎 水痘 おたふくかぜ 子宮頸がん その他()

⑤ 次にあげるような病気にかかったことがあれば教えてください。

- 熱性けいれん てんかん 麻疹 風疹 水痘 おたふくかぜ 川崎病 腸重積 突発性発疹
喘息 アトピー性皮膚炎 花粉症 腎臓病 心臓病 中耳炎 その他()

⑥ 手術したことはありますか？

- いいえ はい → ()

⑦ 生活環境について教えてください。

- ご家族にたばこを吸う方はいますか？ いいえ はい → ()
 ご家族でペットは飼っていますか？ いいえ はい → ()

⑧ アレルギーについて教えてください。

- 薬物アレルギーはありますか？ いいえ はい → ()
 食物アレルギーはありますか？ いいえ はい → ()
 そのほかアレルギーがあれば教えてください。 ()

⑨ 今かかっている医療機関はありますか？

- なし あり → ()

⑩ 今飲んでいる薬はありますか？

- なし あり → ()