

小児科問診票

井上小児科医院

診察券番号 _____

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ふりがな		性別	集団生活の有無
氏名		男・女	保育園・幼稚園・託児所・学校 あり ・ なし
生年月日	年 月 日生	年齢	歳 ヶ月
郵便番号	〒 _____		
住所			
電話番号	自宅	携帯	
ご記入者	母 父 祖母 祖父 その他 ()		

体重 () kg 本日の体温 () °C
 ・乳幼児のお子様のみお答えください・・・出生時体重 (g) ・在胎期間 (週)

【以下の質問にお答え下さい。】

① 今日はどうされましたか？症状に○を付けて下さい。

発熱 (最高体温 _____ °C) せき 鼻水 のどの痛み 頭痛 発疹
 下痢 腹痛 吐き気・嘔吐 便秘 ゼイゼイする

*その症状はいつ頃からですか？

.....

*その他受診理由があれば、こちらにご記入下さい。

.....

② 現在医師から処方されている薬があればご記入下さい。又は、お薬手帳をご提示下さい。

.....

③ 今まで受けた予防接種に、○を付けて下さい。

・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 ()

④ 薬剤・食物に対するアレルギーが今までありましたか？

なし ・ あり (品名 _____)

⑤ 今までに、大きな病気にかかったことはありますか？

なし ・ あり (病名 _____)

.....

⑥ ご家族歴

ご本人のところに○を付けてください

お父様 _____ 才 第一子 (_____ 才)

お母様 _____ 才 第二子 (_____ 才)

第三子 (_____ 才)

第四子 (_____ 才)