

小児科 問診票

ふりがな.....

生年月日 ____年__月__日

お名前 _____ 男・女

現在の体重 _____ kg

☆お薬の量を決めるのに必要です。

ご住所 _____

電話番号 _____

〒 _____

(_____)

★ 今日は何のような症状で来院されましたか？（いつから、どんな症状がありますか？）

現在の体温 _____℃

☆☆以下の質問について、わかる範囲でお答えください。（診察時の参考にさせていただきます。）☆☆

妊娠分娩歴（お子様を妊娠中、分娩の時のことについてお伺いします。）

在胎週数【 _____ 】週 または、予定日より【 _____ 日 早い・遅い】

出生体重【 _____ 】g

お産は…【 正常分娩 ・ 帝王切開 _____ 骨盤位（逆子） 】

生後すぐに泣きましたか？【 はい ・ いいえ 】

黄疸は…【 普通 ・ 強い ⇒ 光線療法を… 受けた・受けない 】

成長発達歴（乳幼児健診などで異常を指摘されたことはありますか？）

いいえ ・ はい【どんなことを？ _____】

予防接種（受けたものを○で囲み、受けた回数を記入してください。）

BCG、ヒブ【 _____ 回】、小児用肺炎球菌【 _____ 回】、ロタ（ロタテック/ロタリックス）【 _____ 回】

三種 DPT（四種 DPT-IPV）混合【1期 _____ 回】、DT 二期、ポリオ【経口 _____ 回、注射 _____ 回】

MR（麻疹風疹混合）【1期・2期 _____ 回】、B 型肝炎【 _____ 回】、日本脳炎【 _____ 回】、

おたふくかぜ【 _____ 回】、水ぼうそう【 _____ 回】、その他【 _____ 回】

既往歴（今までにかかったことのある病気に○をつけてください。）

突発性発疹、熱性けいれん、中耳炎、おたふくかぜ、水ぼうそう、肺炎/気管支炎

気管支喘息（胸がゼイゼイした）、RS ウイルス、クループ、川崎病、アトピー性皮膚炎

アセトン血性嘔吐症（自家中毒）、結核、先天性心疾患、その他【 _____ 回】

アレルギー歴（薬や食べ物などで発疹が出たり、調子が悪くなったことがありますか？）

いいえ ・ はい【どんな物で？ _____】

家族歴（お子様のご家族にアレルギーや持病、遺伝性疾患をお持ちの方はおられますか？）

いいえ ・ はい【どなたが？ _____ どのような？ _____】

☆ お薬手帳はお使いですか？【 はい ・ いいえ 】

ありがとうございました。記入が終わりましたら受付にお出してください。