

# 初診問診票(小児)

ふりがな		性別	生年月日	身長	体重	体温
お名前		男 女	年 月 日 ( 歳 ヶ月)	cm	kg	°C
( )保育所・幼稚園・小学校・中学校						
住所	〒					
電話番号	自宅:		携帯:		(父・母・その他)	

○いつからですか？ [ ]

○どのような症状がありますか？ 症状に○をつけ詳しく書いてください

発熱 ・ 咳 ・ 鼻汁 ・ 鼻閉 ・ 耳の痛み ・ のどの痛み ・ 発疹  
頭痛 ・ 嘔気 ・ 嘔吐 ・ 腹痛 ・ 下痢 ・ 便秘

[ 詳しく ]

○出生時の状況を教えてください。

在胎週数： 週 日 / 出生体重： g 異常：なし・あり ( )

○今までに接種された予防接種に○をつけて下さい。

B型肝炎	( 回)	MR(麻疹・風疹)	( 回)
四種混合	( 回)	みずぼうそう	( 回)
肺炎球菌	( 回)	日本脳炎	( 回)
ヒブ	( 回)	おたふくかぜ	( 回)
BCG		二種混合	
ロタウイルス	( 回)	その他	[ ]

○今まで大きな病気にかかったことはありますか？

なし ・ あり → [ 病名を記入してください。 ]

○アレルギーはありますか？

なし ・ あり → [ アレルギーの種類と症状を記入してください。 ]

○今飲んでいるお薬はありますか？

なし ・ あり → [ お薬名を記入してください。 ]

○今まで注射や薬で異常が出たことがありますか？

なし ・ あり → [ お薬の種類と症状を記入してください。 ]

○同居家族はご本人含め何人ですか？ ( )人

○ご兄弟がいれば、それぞれの年齢を記入してください。( ) ( ) ( ) (例 兄 8才)

○ご家族の方で病気・体調不良の方はいますか？

[ ]