



小児科問診票



〈受診日〉 年 月 日
体温 °C

フリガナ				男女
お名前				男 女
生年月日	平成・令和	年	月	日生 (才 ヶ月)
出産周期	週目	生下時体重	g	出産状態 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常
栄養方法	<input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> 混合 <input type="checkbox"/> 人工	離乳食	回	現在の体重 Kg

★兄弟・姉妹を性別で記入し、本人の所に○印をつけてください。

(例 1男 2女 3女) *第1子男 第2子女 第3子女で本人は第2子の場合
1 2 3 4 5

本日はどのような症状で来院されましたか。

いつごろから	年 月 日頃から	
症状	以下にあてはまるものにチェックしてください。(<input type="checkbox"/> 紹介状を持っている) <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 鼻汁 <input type="checkbox"/> 関節の痛み <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> 息切れ <input type="checkbox"/> 目のかゆみ <input type="checkbox"/> 眼やに <input type="checkbox"/> 乳児健診 <input type="checkbox"/> ふらつき <input type="checkbox"/> 皮膚のかゆみ <input type="checkbox"/> 皮膚に何かできている <input type="checkbox"/> 予防接種 <input type="checkbox"/> ケガをした() <input type="checkbox"/> その他()	
現在治療中の病気 はありますか	以下にあてはまるものにチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 気管支喘息 <input type="checkbox"/> アレルギー性鼻炎 <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> その他()	
薬・食べ物のアレルギー はありますか	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 具体的にご記入ください()	
いままで罹った 大きな病気や手術を 教えてください	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 具体的にご記入ください() <input type="checkbox"/> 伝染病 <input type="checkbox"/> 麻疹 <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> おたふく <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 熱性けいれん <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 「あり」とお答えの方は年齢と回数(才 回	
《予防接種》 終了しているものを ○で囲んでください	B型肝炎	1回 2回 追加
	ロタウイルスワクチン	(ロタリックス) 1回 2回 (ロタテック) 1回 2回 3回
	ヒブ	1回 2回 3回 追加
	肺炎球菌ワクチン	1回 2回 3回 追加
	四種混合	1回 2回 3回 追加
	三種混合	1回 2回 3回 追加
	ポリオ	(不活化) 1回 2回 3回 追加 (生) 1回 2回
	MR(麻疹・風疹)	1期 2期
	水痘	1回 2回
	おたふく	1回 2回
	BCG	未 済
	日本脳炎 二種混合	1期初回1回 1期初回2回 1期初回追加 2期 未 済

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
住所	〒
電話番号・携帯	