



小児科問診票



〈受診日〉 年 月 日
体温 °C

フリガナ			男 女
お名前			
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
栄養方法	☐ 母乳 ☐ 混合 ☐ 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。(□紹介状を持ってきている) ☐ 発熱 ☐ のどの痛み ☐ 咳 ☐ 痰 ☐ 鼻汁 ☐ 関節の痛み ☐ 頭痛 ☐ 呼吸困難 ☐ 吐き気 ☐ 嘔吐 ☐ 下痢 ☐ 便秘 ☐ 食欲不振 ☐ めまい ☐ 全身倦怠感 ☐ 動悸 ☐ 息切れ ☐ 目のかゆみ ☐ 眼やに ☐ 乳児健診 ☐ ふらつき ☐ 皮膚のかゆみ ☐ 皮膚に何かできている ☐ 予防接種 ☐ ケガをした() ☐ 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。 ☐ 気管支喘息 ☐ アレルギー性鼻炎 ☐ アトピー性皮膚炎 ☐ てんかん ☐ 心臓病 ☐ 腎臓病 ☐ その他()
薬・食べ物のアレル ギーはありますか	☐ なし ☐ 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	☐ なし ☐ あり 具体的にご記入ください() 伝染病 ☐ 麻疹 ☐ 風疹 ☐ 水痘 ☐ おたふく ☐ その他() 熱性けいれん ☐ なし ☐ 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 五種混合 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 BCG 未 済 MR(麻疹・風疹) 1期 2期 水痘 1回 2回 おたふく 1回 2回 日本脳炎 1期初回1回 1期初回2回 1期初回追加 2期 二種混合 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	☐ はい ☐ いいえ
住所	〒
電話番号・携帯	