

小児科問診票(初診患者用)

受診年月日 年 月 日

氏名 (男 女) 生年月日: 平成 年 月 日

最近の体重()kg 最近の身長()cm 今日の体温()℃

1. 本日受診された症状は何ですか?それは、いつごろからですか?
(例:4日前から鼻水が出て、昨日からせきとともに、ゼーゼーいいはじめた。)

2. 当科を紹介された医(病)院・機関はどこですか?()

3. 今までの状態について
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 麻疹(はしか) 風疹 水ぼうそう ムンプス(おたふくかぜ)
熱性けいれん 気管支喘息 てんかん その他の病気()

今までに言われたことのあるアレルギーの病気に○をつけてください。

アトピー性皮膚炎 気管支喘息 アレルギー性鼻炎
アレルギー性結膜炎 じんましん 花粉症
食物アレルギー(原因食物:)
薬剤アレルギー(原因薬剤:)

家族の方で、アレルギーの病気のある方がいらっしゃいますか?
(だれが 何の病気)

4. 今、内服中のお薬があれば、記載してください。
(お薬手帳をお持ちの方は、提出していただければ、記載する必要はありません)

5. 今までに受けた予防接種に○をつけてください。

ポリオ BCG 三種混合DPT 麻疹風疹(麻疹 風疹) 日本脳炎
ヒブ 肺炎球菌 ムンプス(おたふくかぜ) 水痘 子宮頸ガン予防

6. 診療にあたって、気になっていることや伝えたいことがございましたら ご記入ください