



小児科 問診票

記入日	平成 年 月 日	電話番号	— —
ご住所			
フリガナ		性別	男 ・ 女
お名前		生年月日	(大・昭・平) 年 月 日
身長・体重	cm kg	年齢	歳 か月

1) 現在みられている症状はどれですか？

- a) いつから： (年、 か月、 週、 日) 前から
b) 症状：発熱 (最高 °C) ・せき・鼻水・食欲がない・頭痛・のどの痛み・腹痛・下痢・嘔吐・発疹
その他 ()

2) 妊娠中・出産時になにかありましたか？

なし ・ あり (具体的に：)

3) 乳児健診で何か異常を指摘されたことはありますか？

なし ・ あり (具体的に：)

4) 今までにかかったことのある病気は？

突発性発疹・はしか・水ぼうそう・おたふく・風疹・百日咳・ひきつけ・その他 ()

5) 今までに受けた予防接種はどれですか？

ヒブ (1回・2回・3回・追加) 肺炎球菌 (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) 生ポリオ (1回・2回) 不活化ポリオ (1回・2回・3回・追加)
ロタ・B型肝炎・BCG・麻疹・風疹・水痘・おたふく・日本脳炎

6) これまでに大きな病気や入院をしたことがありますか？

なし ・ あり (具体的に)

7) 注射や薬で異常をおこしたことがありますか？

なし ・ あり (具体的に)

8) 次のアレルギー疾患のうち、今までに指摘されたことがあるのはどれですか？

気管支喘息・アトピー性皮膚炎・じんましん・食物性アレルギー

9) 現在他の病気などで他院にかかったり、薬を飲んだりしていますか？

いいえ ・ はい (薬の名前：)

10) 家族で現在病気の方はいらっしゃいますか？

いいえ ・ はい (病名：)

11) その他気になることがありましたらお書きください。

12) どのようにしてしむらクリニックをお知りになりましたか？

- ・ご家族 ・知人の紹介 (ご紹介者名) ・駅の看板 ・タウンページ ・オリジナルHP
- ・インターネットで検索→ (Google yahoo 他) ・その他 ()

ご記入ありがとうございました。診察までお待ちください。