

初診問診票（小児）

| | | | | | | |
|--------------------|-----|-----|------------------|----|----|----|
| ふりがな | | 男・女 | 生年月日 | 身長 | 体重 | 体温 |
| お名前 | | | 年 月 日 (歳 ヶ月) | cm | kg | ℃ |
| ()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

○どん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



○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.

○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 | |
| | | 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 → (けいれん ・ 入院 ・ 手術)

○アレルギーはありますか？

なし ・ あり → (食物アレルギー ・ アトピー性皮膚炎 ・ アレルギー性鼻炎)

○今飲んでいるお薬はありますか？

なし ・ あり → (どんなお薬ですか？)

○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 → (どんな薬でどんな異常が出ましたか？)

○何人兄弟の何番目ですか？ () 人兄弟の () 番目

○家族の方で次のような病気の方がいますか？

喘息 ・ アレルギー ・ けいれん ・ その他 ()