

問診票(小児用)

月 日

ふりがな

氏名 _____ 男/女 平成 年 月 日生まれ 歳 ヶ月

ご住所 〒 _____ 電話 (携帯) _____

■ 本日はどのような症状でお困りですか？

発熱 月 日 ~ _____ 咳 月 日 ~ _____

鼻水 月 日 ~ _____ 発疹 月 日 ~ _____

嘔吐 月 日 ~ _____ 下痢 月 日 ~ _____

頭痛 月 日 ~ _____

その他の症状や気になることはありますか？

本日の体温 度 身長 cm 体重 kg

■ 健診で異常は指摘されたことはありますか？ 出生時体重 (g) 妊娠週数 (週)
 いいえ はい ()

■ 現在他の病院でも治療は受けられていますか？
 いいえ はい (薬:)

■ 周囲に同じような症状の方はいましたか？
 いいえ はい ()

■ アレルギーはありますか？
 いいえ はい (花粉症、食べ物、薬:)

■ 治療中もしくは今までにかかった病気はありますか？
 喘息 (才頃) アトピー性皮膚炎 (才頃)
 てんかん (才頃) 熱性けいれん (才頃)
 その他の病気 ()
 入院歴、手術歴 ()

■ 予防接種はお済みですか？
 麻疹(はしか)・風疹(MR) 日本脳炎 BCG おたふくかぜ みずぼうそう
 ポリオ 二種混合(DT) 三種混合(DPT) 四種混合(DPT-I PV)
 肺炎球菌ワクチン Hib(ヒブ インフルエンザ菌) ロタウイルス
 HPV(サーバリックス、ガーダシル)

※ 分からないことがありましたらスタッフに声をかけてください。