

## 小児科問診票(初診)

記入日                      年                      月                      日

フリガナ お名前		男・女	生年月日 西暦                      年                      月                      日		
			(年齢                      歳                      ヶ月)		
ご住所	〒(                      -                      )	体温	℃		
		体重	kg		
		身長	cm		
電話番号			記入者	母親・父親・祖父母・その他(                      )	
保護者携帯番号					

今日はどのようなことで来られましたか？(複数回答可)

- 発熱(MAX                      ℃)                      頭痛                      発疹(                      )  
のどの痛み                      鼻水                      たん                      せき                      鼻づまり  
はきけ                      便秘                      腹痛                      下痢  
その他(                      )

上記の症状はいつからですか？

- 今日                       (                      ) 日前から                       その他(                      )

今までに受けた予防接種は？(複数回答可)

- BCG                      ヒフ                      小児肺炎球菌                      B型肝炎                      MR(麻しん+風しん)  
ロタ                      ポリオ(生・不活化)                      3種混合(DPT)                      子宮頸がん  
4種混合(DPT+不活化ポリオ)                      麻しん                      風しん  
みずぼうそう                      おたふくかぜ                      A型肝炎                      日本脳炎  
その他(                      )                      今シーズンのインフルエンザ

お子さまがかかったことのある又は診断されたことのある病気は？(複数回答可)

- けいれん(ひきつけ): なし                      あり(熱があるとき                      回、熱がないとき                      回)  
突発性発疹                      風しん                      リンゴ病                      中耳炎  
みずぼうそう                      はしか(麻しん)                      溶連菌感染症                      ぜんそく  
おたふくかぜ                      心臓病                      百日咳                      川崎病  
発達障害                      花粉症                      手足口病  
その他(                      )

今までに薬や食べ物で具合が悪くなったことは？(食物アレルギー含む)

- なし                      あり(薬品名や食べ物名:                      )

近所や通学先で、下記の病気にかかっているまたはかかっていた方はいますか？(複数回答可)

- フェル熱                      下痢症                      溶連菌感染症                      ヘルパンギーナ                      インフルエンザ  
はしか(麻しん)                      風しん                      手足口病                      百日咳  
流行性角結膜炎                      おたふくかぜ                      みずぼうそう                      リンゴ病  
その他(                      )

薬の剤形について、飲むものに印をつけてください。

- こなぐすり                      シロップ                      錠剤・カプセル

当クリニックを知ったきっかけは何ですか？(複数回答可)

- 家から近い                      学校から近い                      知人や家族からの紹介  
看板                      インターネット(ホームページ)  
その他(                      )

現在治療中の病気と内服中のお薬がありましたらご記入下さい。