

# ♪♪♪ 小児科問診票 ♪♪♪

平成 年 月 日

フリガナ

子供氏名： / 生年月日：H . . ( 才 ヶ月) / 体重： kg

住所：〒 自宅TEL：

●記入者 母親・父親・祖父母・その他 ( ) 保護者携帯：

本日、来院された理由をお聞かせください。 ●記入者 母親・父親・祖父母・その他 ( )

1. どのようなことが、いつから始まり、どのように経過していますか？

例) 38℃台の熱が、おとといの朝から上下しながら続いている。

1)

2)

2. 上記の症状で他の病院を受診されましたか？

いいえ はい (病院名： )

その病院でなんとおっしゃいましたか？ ( )

3. 予防接種を受けたものを教えてください。

麻疹・風疹・水痘・おたふくかぜ・BCG・三種混合・二種混合・その他 ( )

4. お子さまがかかったことのある病気を教えてください。

麻疹、風疹、水痘、おたふくかぜ、百日咳、リンゴ病、手足口病、その他 ( )

5. お子さまが下記の病気と言われたことのあるものを教えてください。

薬疹、薬による副作用 (薬品名： ) 喘息、アトピー性皮膚炎、じんま疹

花粉症、アレルギー性鼻炎、アレルギー性結膜炎、免疫不全、心臓病、腎臓病、肝臓病

けいれん、代謝性疾患、先天異常、その他入院を必要とした病気 ( )

6. 赤ちゃんの時期はどうでしたか？

出生体重 g

お産は順調でしたか？ はい 逆子 仮死 時間がかかった その他 ( )

歩いた時期はいつですか？ ヲ ヶ月

自分の名前を言い始めた時期は？ ヲ ヶ月

7. ご家族や親戚の方で下記の病気と言われた方はいますか？ (どなたが？ )

薬疹 ( )、喘息 ( )、アトピー性皮膚炎 ( )、じんま疹 ( )、花粉症 ( )

アレルギー性鼻炎 ( )、アレルギー性結膜炎 ( )、けいれん ( )、糖尿病 ( )

免疫不全 ( )、心臓病 ( )、腎臓病 ( )、肝炎 ( )、最近の下痢・発熱 ( )

8. 近くに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？

麻疹、風疹、水痘、おたふくかぜ、百日咳、リンゴ病、手足口病、ヘルパンギーナ、

インフルエンザ、溶連菌感染症、プール熱、流行性角結膜炎、下痢症、その他 ( )