

小児科問診票

フリガナ									
氏名						(男・女)			
生年月日	平成	年	月	日生	才	ヶ月	兄弟姉妹	人中	番目
未就学 / 保育園・幼稚園 (園名)) / 小学校・中学校		

住所 〒

電話番号 <自宅>

<携帯>

E-mail

@

(PC / 携帯)

1) 今日はどうされましたか。

- 熱 せき 鼻水 鼻づまり 頭痛 腹痛 はき気 おうと 下痢
発疹(部位) その他()
 その症状はいつ頃からですか(→)

2) 今の様子をお聞かせ下さい。

- 哺乳・食事・水分摂取 [ふだんどおり・少ない・ほとんど摂取できていない]
 睡眠 [ふだんどおり・悪い] ご機嫌 [ふだんどおり・悪い]

3) 他院での投薬はありますか。 [いいえ・はい →お薬手帳をお出し下さい]

4) アレルギーといわれたこと又は感じたことはありますか。

- なし ・あり 喘息 アレルギー性鼻炎 アトピー性皮膚炎
食物アレルギー(卵・牛乳・大豆・小麦・その他)
薬物アレルギー()
 家族の中にアレルギーの人はいますか。 [はい →誰ですか? ・ いいえ]

5) 今までにかかった病気はありますか。

- 突発性発疹 麻しん(はしか) 風しん(3日はしか) おたふくかぜ 水ぼうそう
川崎病 けいれん(熱性・熱なし) 中耳炎 副鼻腔炎(ちくのう症) その他()

6) 出生時のことをお聞かせ下さい。

出生時体重 g (ほぼ予定通り・早産) / 自然分娩・帝王切開(→理由)

7) 2才までのお子様のことをお聞きします。

普段の哺乳・食事の状況 [母乳 1日 回 (夜間授乳 回) / ミルク ml × 回 / 離乳食 1日 回]
 排便状況 [日 回]

8) 予防接種(ワクチン)で終了したものに○印をして下さい。

- ヒブ(1回・2回・3回・追加)・肺炎球菌(1回・2回・3回・追加)・ロタ(1回・2回・(3回))
 3種混合(1回・2回・3回・追加)・4種混合(1回・2回・3回・追加)・BCG・生ポリオ(1回・2回)
 不活性ポリオ(1回・2回・3回・追加)・B型肝炎(1回・2回・3回)・麻しん風しん混合(MR)(1期・2期)
 水ぼうそう(1回・2回)・おたふくかぜ(1回・2回)・日本脳炎(1回・2回・追加・2期)・2種混合(DT)
 その他()

9) ご相談があればご記入下さい。

[]

ご協力ありがとうございました。

