

# 小児科問診票

フリガナ 氏 名						(男・女)			
生年月日	平・令	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。

普通の哺乳・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。