

小児科問診票

平成 年 月 日

氏名 _____ (歳) 体重 (kg) 身長 (cm) 熱 (°C)

出生時体重 (g) 分娩状態 正常・異常

* 現在の症状をお書きください。

痛いところや発疹など異常を感じる部位を下記の図で教えてください。

* それは、いつからですか？

* 同じ症状で他の病院を受診しましたか？

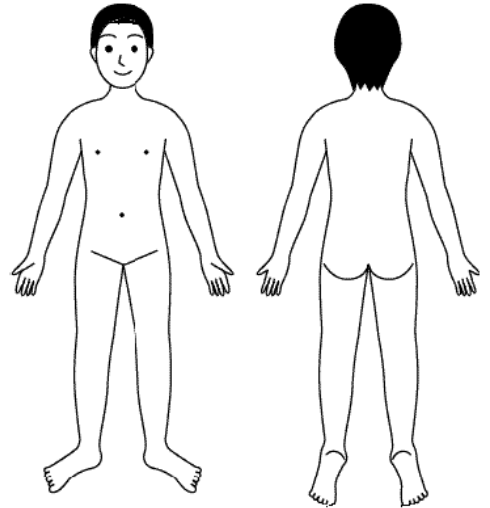
受診した いつ：

どのような治療、与薬を受けましたか？

受診していない

① 今までにかかった病気はありますか？

- 心臓病 腎臓病 血液疾患 気管支喘息
 てんかん けいれん 突発性発疹・
 はしか 風疹 水痘 (みずぼうそう)
 おたふくかぜ その他 ()



服用している薬があったらお書きください。

② アレルギーはありますか？

有：() 服用している薬があったらお書きください。

無

③ 済んでいる予防接種はどれですか？

- MR (はしか・風疹の混合) はしか 風疹 水痘 (みずぼうそう)
 おたふくかぜ 三種混合 ポリオ 日本脳炎 ツベルクリン反応 BCG
 Hib 肺炎球菌 HB ロタ 四種混合

④ 家族構成と健康状態を教えてください。

父 (歳)

兄弟姉妹

健・()

男・女 (歳)

男・女 (歳)

母 (歳)

男・女 (歳)

健・()

男・女 (歳)

☆家族の中でアレルギーや大きな病気にかかった方がいらしたら記入して下さい。