

# 小児科問診票

年 月 日

氏名 \_\_\_\_\_ ( 歳) 男・女 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？

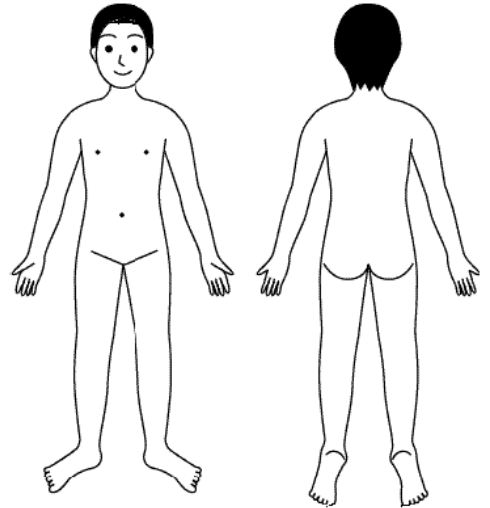
受診した いつ：

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。