

ID: \_\_\_\_\_

平成 年 月 日

## 小児科問診表

フリガナ		性別	
お名前		男 ・ 女	
生年月日	大・昭・平 年 月 日	年齢	才 ヶ月
住所	〒	電話	( )

※患者様よりご提供いただいた個人情報は当クリニックでの治療目的以外で使用致しません

※初診、久しぶりに受診される方は下記をご記入ください。

1、体重 出生時(妊娠 週目 g) 現在( kg)
2、出生時のことで伝えておきたいこと [ ]
3、乳児期の栄養法 母乳・混合・人工・その他( )
4、兄弟・姉妹はいらっしゃいますか いない・いる( 人兄弟(姉妹)の 番目)
5、今までにかかった病気に○をつけてください。 突発性発疹・はしか・風しん・水ぼうそう・おたふく・百日咳・気管支炎・喘息・肺炎 その他( ) ひきつけ → 最終: 年 月 日、計 回、熱 有・無 抗けいれん剤の使用: 無・有(薬名: )
6、予防接種を受けたことがありますか いいえ・はい(受けた予防接種すべてに○をつけてください。) BCG・不活性ポリオ(1・2・3回・追加)・ヒブワクチン(1・2・3回・追加) 肺炎球菌(1・2・3回・追加)・四(三)種混合(1・2・3回・追加)・麻疹+風疹 MR(1・2回) 二種混合(ジフテリア+破傷風)・日本脳炎(I期 1・2回)(追加)(II期)・B型肝炎(1回目)(2回目)(3回目) 水ぼうそう(1・2回)・おたふくかぜ(1・2回)・ロタ生ワクチン(1回目)(2回目)(3回目)
7、入院されたことはありますか いいえ・はい(はいの方は以下ご記入ください) 病名:( )いつ:( 年 月 日から 日間)
8、食物アレルギーの有無 ない・ある(食品名: )・わからない
9、薬の対するアレルギーの有無 ない・ある(薬名: )・わからない
10、お薬は飲めますか はい(水薬・粉薬・錠剤・カプセル)・苦手・わからない
11、その他何かございましたら、ご記入ください [ ]

&lt;本日の症状ご記入ください&gt;

① 症状は? (良くなっている・変わっていない・悪くなっている・薬が飲めなかった・以前と違う症状)			
発熱	/	~	℃
水分摂取	良い	・	まあまあ
せき	/		悪い
尿	良い	・	まあまあ
鼻水	/		悪い
食欲	良い	・	まあまあ
のどの痛み			
嘔吐			湿布
下痢			その他
腹痛			
② 薬の希望は?(錠剤 粉薬 シロップ) 薬は飲みにくいですか?(はい・いいえ)			
③ 当院以外での現在服用中のお薬は?(ない・ある) ある場合、薬名( )			
④ 幼稚園、保育園、学校等で流行している病気はありますか?(ない・ある)			