



小児科 問診票

記入日	令和 年 月 日	携帯電話	— —
ご住所	〒		
フリガナ		性別	男 ・ 女
お名前		生年月日	(大・昭・平) 年 月 日
身長・体重	cm kg	年齢	歳 か月

1) 現在みられている症状はどれですか？

- a) いつから：(年、 か月、 週、 日) 前から
- b) 症状：発熱 (最高 ℃) ・ せき ・ 鼻水 ・ 食欲がない ・ 頭痛 ・ のどの痛み ・ 腹痛 ・ 下痢 ・ 嘔吐 ・ 発疹
- その他 ()

2) 妊娠中・出産時になにかありましたか？また、乳児健診で何か異常を指摘されたことはありますか？

- なし ・ あり (具体的に：) なし ・ あり (具体的に：)

3) 今までにかかったことのある病気は？

- 突発性発疹 ・ はしか ・ 水ぼうそう ・ おたふく ・ 風疹 ・ 百日咳 ・ ひきつけ ・ その他 ()

4) 今までに受けた予防接種はどれですか？

- ヒブ (1回・2回・3回・追加) 肺炎球菌 (1回・2回・3回・追加) 四種混合 (1回・2回・3回・追加)
- 三種混合 (1回・2回・3回・追加) 生ポリオ (1回・2回) 不活化ポリオ (1回・2回・3回・追加) ロタ・B型肝炎・
- B C G ・ 麻疹 ・ 風疹 ・ 水痘 ・ おたふく ・ 日本脳炎

5) これまでに大きな病気や入院をしたことがありますか？

- なし ・ あり (具体的に)

6) 注射や薬で異常をおこしたことがありますか？

- なし ・ あり (具体的に)

7) 次のアレルギー疾患のうち、今までに指摘されたことがあるのはどれですか？

- 気管支喘息 ・ アトピー性皮膚炎 ・ じんましん ・ 食物性アレルギー

8) 現在他の病気などで他院にかかったり、薬を飲んだりしていますか？また、家族で現在病気の方はいらっしゃいますか？

- いいえ ・ はい (薬の名前：) いいえ ・ はい (病名：)

9) その他気になることがありましたらお書きください。

10) お薬のご希望はありますか？

- シロップ ・ 粉 ・ 錠剤 ・ カプセル