

小児科問診票

体温 ℃

ふりがな		性別	男 / 女
お名前		生年月日	西暦 年 月 日
			(歳 カ月)
ご住所	〒	電話番号	
		携帯番号	(続柄)

■身長 cm ■体重 kg

本日はどのような症状でいらっしゃいましたか？

--

症状はいつ頃からですか？

--

現在治療中の病気、今までにかかった病気はありますか？

いいえ・はい(病名)

現在服用中のお薬はありますか？

いいえ・はい(薬名)

次の病気にかかったことはありますか？ 丸をつけてください。

はしか 百日咳 おたふくかぜ みずぼうそう 風疹 突発性発疹 溶連菌 手足口病
ヘルパンギーナ 熱性けいれん 気管支喘息 アトピー性皮膚炎 アレルギー性鼻炎
その他：

今までに手術を受けたことはありますか？

いいえ・はい(名)

お薬や食べ物のアレルギーはありますか？

いいえ・はい(名)

接種が完了した予防接種を教えてください。 丸をつけてください。

ロタ(1・2・3) ヒブ(1・2・3・追加) B型肝炎(1・2・3) 肺炎球菌(1・2・3・追加) おたふくかぜ(1・2) 麻疹風疹(1・2・3・4) みずぼうそう(1・2) 三種四種混合(1・2・3・追加)
ポリオ(1・2・3・追加) BCG

その他、気になることがございましたらご記入ください。

--