

問診表（小児科初診の方）

平成 年 月 日

発疹（ぶつぶつ）などの感染の可能性のある症状のおありの方は受付にお申し出ください。

お名前（ふりがな）： _____ 郵便番号： _____

ご住所： _____

お電話番号： _____ - _____ 生年月日：平成・昭和 年 月 日（ ）才

現在のお熱： _____ 度 体重： _____ Kg

1) 今日は、いつからどのような症状でこられましたか？ 具体的にお書き下さい・

(ア) 発熱： _____

(イ) 咳： _____

(ウ) 鼻水： _____

(エ) 嘔吐： _____

(オ) 下痢： _____

(カ) 声がれ： _____

(キ) その他： _____

2) 水分はとれていますか？ 食欲はありますか？ ()

3) おしっこはでていますか？ ()

4) 今までに大きな病気にかかられたことはありますか？ ()

5) アレルギーといわれたことがありますか？ なし () あり ()

(ア) 卵 () 牛乳 () 大豆 () その他の食物 ()

(イ) ハウスダスト () チリダニ () ペット ()

(ウ) くすり () : 薬剤名 () 化学物質 ()

(エ) その他のアレルギー ()

(オ) ご両親またはご兄弟の方にアレルギーはありますか？ ()

6) 今までうけられた予防注射を教えてください。(かかられた時は病名に○をつけてください。)

(ア) BCG () ポリオ (1回・2回)

(イ) 麻疹 (はしか) () 風疹 (三日ばしか) ()

(ウ) 三種混合 (DPT) [1期-初回 (1回・2回・3回) ・1期追加・2期]

(エ) ヒブ () 肺炎球菌 ()

(オ) 水痘 (水ぼうそう) () ムンプス (おたふくかぜ) ()

(カ) ロタウイルス ()

7) その他ご相談されたいことがございましたら何でも気軽に遠慮なくお書きください。