

問 診 票 (小児用)

年 月 日

ふりがな		男 ・ 女	生 年 月 日	平成・令和 年 月 日生 (才)
お名前				
ご住所	〒			電話 () -

※太枠内すべてご記入ください。

身長： cm / 体重： kg

(体温)

℃

◇今日はどのようなことで来院されましたか？ また、その症状はいつからですか？

(spo2)

%

(いつから： 症状：)

(インフル接種)

済 ・ 未

◇次の中から当てはまる症状をお選びください

熱 寒気 節々の痛み のどの痛み 鼻水 せき (朝/昼/夜/深夜)
 たん 頭痛 どうき 胸の痛み 息苦しさ 胃痛 腹痛 血便 血尿 尿が出にくい
 めまい 身体がだるい 吐き気 嘔吐 (今日 回) 下痢 (今日 回) 医師に相談

◇出生時のようすについて

出生児体重 (g) 分娩時・出生児の状態 (正常 ・ 異常)
 予定日より (日) 早かった 遅かった 予定日通り

◇今まで病気にかかったことがありますか？

おたふくかぜ (流行性耳下腺炎) みずぼうそう (水痘) はしか (麻疹) 風疹 突発性発疹
 ひきつけ (熱性痙攣) 肺炎 (RS マイコプラズマなど) その他 ()

◇今までに大きな病気や入院をしたことがありますか？

ない ある (病名：)

◇今までに受けた予防接種はありますか？

ヒブ 肺炎球菌 四種混合 BCG 三種混合 (DPT) ロタウイルス ポリオ (生/不活化)
 麻疹 風疹 日本脳炎 インフルエンザ 水痘 おたふく 二種混合 (DT) その他 ()

◇下記のアレルギー性疾患のうち今までに指摘されたことはありますか？

気管支喘息 アレルギー性鼻炎 アトピー性皮膚炎 蕁麻疹 食物アレルギー

◇ご家族の方の病気について

アレルギー体質の方はいますか？ いる いない わからない
 大きな病気や慢性病にかかった方はいますか？ いる いない わからない

◇体質について

食べ物、薬、注射等で発疹が出たことがありますか？ ない ある (品名)
 よく風邪をひく よく熱を出す よく下痢をする ゼーゼーいいやすい

◇どんなお乳で育てましたか？

母乳 人工乳 混合

◇当院を何でお知りになりましたか？

・HP ・SNS ・駅看板 ・ご紹介 (家族・紹介者) ・その他 ()