

小児科問診票

受診日： 年 月 日

住所・電話番号の変更のない方は、※フリガナ・氏名の記入と各質問にお答え下さい。

※フリガナ		生年月日	平	年	月	日	歳
※氏名	男・女						
住所	〒 -	携帯電話		-	-		
		TEL		-	-		

◎体重 _____ kg ◎診察前体温 _____ °C ◎発熱後 _____ 時間

《重要》.今までに薬や食べ物でアレルギー症状（発疹、気分不快など）を起こしたことがありますか。

薬・注射等のアレルギー

いいえはい

薬剤名：

症状：

食べ物のアレルギー

いいえはい

食べ物名：

症状：

1.いつ頃からどのような症状でお困りですか。

いつ頃からですか。 _____ 頃から

どのような症状ですか。

〔 _____ 〕

ご近所、保育園、幼稚園、学校等で流行している病気がありましたら☑をつけてください。

インフルエンザRSウイルス溶連菌感染症おたふくかぜ手足口病アデノウイルス感染症ヘルパンギーナマイコプラズマ肺炎感染性胃腸炎水痘

2.現在、他の病院にかかっている方は記入して下さい。

〔 病名： _____ 医療機関名： _____ 〕

3.今までに下記の病気にかかったことがありましたら☑をつけて下さい。

アトピー性皮膚炎 熱性けいれん/けいれん（熱なし） てんかん 喘息※1 アレルギー性疾患（鼻炎・結膜炎・他）

その他の病気、又は手術、入院を必要とした病気（ _____ ）

※1喘息で現在定期内服されていますか。 はい ・ いいえ

4.定期的に内服している薬がある場合は記入してください。お薬手帳をお持ちの方は診察時、医師にお見せ下さい。

〔 _____ 〕

5.お薬の種類や与薬指示書についてご希望がありましたら記入して下さい。

粉末錠剤シロップ与薬指示書その他（ _____ ）

6.千葉市公費健診・予防接種事業について相談したい（接種・相談ともに平日のみの対応となります）

1歳6ヶ月児健康診査 3歳児健康診査 インフルエンザ菌b型（ヒブ） 小児用肺炎球菌（13価）B型肝炎 4種混合（ジフテリア・百日咳・破傷風・ポリオ） DT2期（ジフテリア・破傷風） BCG麻しん・風しん（混合） 水痘 日本脳炎

（当院が初めての方にお聞きします）当院をどのようにしてお知りになりましたか。

1) 知人の紹介 2) 病院の紹介 3) 通りがかり 4) インターネット 5) チラシ広告 6) 看板 7) その他（ _____ ）

外出を希望される方は、受付にてお手続きをお願い致します。可能時間 午前診療12:00まで 午後診療17:30まで
お時間までに戻られず、お呼び出しの際にも不在の場合は、診療受付を取り消しとさせていただきます。

ご記入ありがとうございました。お手数ですが、受付までご提出願います。