

小児科問診票

受診日： 年 月 日
 診察券をお持ちの方は、※ワガナ・氏名の記入と各質問にお答え下さい。

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

◎体重 _____ kg ◎診察前体温 _____ ℃ ◎発熱後 _____ 時間

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記入してください。

{ _____ }

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。

麻疹（はしか）/風疹（三日はしか）/水痘（みずぼうそう）/おたふくかぜ/アトピー性皮膚炎/突発性発疹

熱性けいれん/けいれん（熱なし）/てんかん/喘息※1/肺炎/アレルギー性疾患（鼻炎・結膜炎・その他）

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.接種済のワクチンに○をつけて下さい。

BCG/ポリオ/二種混合/三種混合/四種混合/麻疹/風疹/MR（麻疹・風疹混合）/日本脳炎

水痘（みずぼうそう）/おたふくかぜ/肺炎球菌/ヒブワクチン/インフルエンザ（今季）/その他（ _____ ）

5.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。

{ _____ }

6.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： _____

7.お薬の種類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 その他（ _____ ）

（当院が初めての方にお聞きます）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。