

ID :

スキャン要



小児科問診票

ご記入日 令和 年 月 日

受診する方のお名前 _____ 年齢 _____ 歳 _____ ヶ月

★保護者の方の氏名 現在の連絡先（携帯電話番号）

父親 _____ 電話番号 _____

母親 _____ 電話番号 _____

その他の方 _____ 電話番号 _____

★受診に付き添われる方、お子様とのご関係

父・母・祖父・祖母・その他（ _____ ）

★下記の質問事項にご記入をお願いいたします。（不明な事は空欄で結構です）

今日はどこが悪くて（どのような症状で）来院なさいましたか？

★いつから悪いですか？

本日から __日前から __週間前から __ヶ月前から __年前から

★現在発疹はありますか？ 無 有

★咳がたくさん出る、または呼吸の苦しい様子がありますか？ 無 有

★過去2週間以内に家族、近所、幼稚園、保育園、学校などで流行性疾患（水ぼうそう、おたふくかぜ、麻疹、風しん、インフルエンザ、新型コロナウイルス、手足口病、アデノウイルス、ノロウイルス、他）はありましたか？

無 有 種類は何ですか？（ _____ ）

★新型コロナウイルス感染症患者との濃厚接触はありましたか？ 無 有

★海外渡航歴（6ヶ月以内） 無 有（帰国日 _____ 渡航先 _____）

★体温を測っていらっしゃいましたらご記入下さい

昨日 _____ 時頃 _____ °C 本日 _____ 時頃 _____ °C 受診時 _____ °C

★現在の体重 _____ kg（ _____ g）

当院初診の方・再診の方でも更新のある場合はご記入下さい

★予防接種歴をお聞かせ下さい

ワクチン名	1回目	2回目	実際にかかった年齢
麻しん・風しん (MR)	□済 □未	□済 □未	麻しん 歳
			風しん 歳
おたふくかぜ	□済 □未	□済 □未	歳
水ぼうそう	□済 □未	□済 □未	歳

★1ヶ月以内に予防接種を受けましたか？

無

有 ワクチン名 ()

★現在服用している薬の名前をわかる範囲で書いてください

無

有 薬の名前 ()

これまでかかった主な病気（入院したものに○をつけて下さい）

喘息 心臓病 先天性疾患 _____

その他 _____ 歳の頃 _____ 、 _____ 歳の頃 _____

_____ 歳の頃 _____

痙攣(けいれん)を起こしたことは？ なし あり（ 発熱時 平熱時）これまで _____ 回

生まれた時の体重 _____ g 出生週数 _____ 週 _____ 日

出生時の異常 なし あり・・・どのような？ _____

新生児期の異常 なし あり・・・どのような？ _____

薬に対してのアレルギーや副作用はありますか？

局所麻酔薬 造影剤 抗生物質 風邪薬 その他 _____

食べ物等でアレルギーを疑われたことがありますか？

なし あり・・・何でどのような症状でしたか？ _____

同居家族・兄弟姉妹について教えて下さい。

(例：父 母 兄○才 姉○才 弟○才 妹○才 祖父 祖母)