



# 小児科問診票

年 月 日

フリガナ			生年月日			年	月	日生
お名前			年齢	才				
お子さんの 呼び方/愛称			カ月		体重			kg
ご住所	〒							
	保護者携帯電話 :							

1. 本日はどのようなことでおいでになりましたか？

発熱 ( ) °C 咳 ( 痰からむ 乾いた咳 ケンケン) 喘鳴  
 鼻 ( 鼻汁 鼻づまり) 咽頭痛 嘔吐 下痢 腹痛 頭痛  
 発疹 その他 ( )

2. これらの症状は、いつ頃からでしょうか？

3. 現在、何かお薬を飲まれていますか？

いいえ はい (薬品名 )

※お薬手帳をお持ちの方はご提示下されば、記入は不要です。

4. 今まで喘息やアトピー性皮膚炎と診断されたり、花粉症症状、お薬や食べ物で発疹が出たり、息苦しくなったことはありますか？

ない ある .. 喘息・アトピー：いつ頃から  
 花粉症  
 薬品名： 食べ物：

5. 出生時について

在胎： 週 日 ・出生体重： g ・身長： cm

分娩様式： 正常 帝王切開 吸引 鉗子

健診で何か指摘されたことはありますか？

ない ある ( )

6. 今までに次の病気にかかれたこと、または入院されたことはありますか？

突発性発疹 麻疹 風疹 おたふくかぜ 水ぼうそう  
 熱性痙攣： なし あり (いつ： 何回： 予防投与： あり なし )  
 入院歴： なし あり (いつ： 病名： )

7. 現在加療中の病気はありますか？

ない ある ( )

8. 家族構成を教えてください。

人家族 ( 父 母 祖父 祖母  
 兄 才 姉 才 弟 才 妹 才 )