



小児科問診票

平成 年 月 日

フリガナ		男 ・ 女	生年月日 平成 年 月 日生		
お名前					
お子さんの 呼び方/愛称		年齢	才 カ月	保育園・幼稚園・小学校・中学校	体重 kg
ご住所	〒 Tel.				

- 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 ()
- これらの症状は、いつ頃からでしょうか？
- 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。
- 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：
- 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 ()
- 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
 - 熱性けいれん (いつ： 何回： 予防投与： あり なし)
 - 入院歴 (いつ： 病名：)
- 現在加療中の病気はありますか？

 - ない
 - ある ()
- ご家族構成をお教えてください。

_____人家族 (父・母・兄 才 ・姉 才 ・弟 才 ・妹 才 ・祖父 ・祖母 ・)