

小児科用 問診票

ふりがな			体温 (診察前)	℃
お名前	様		体温 (平熱)	℃
生年月日	(平成・令和・西暦) 年 月 日 (歳 ヲ月)		性別	男・女
ふりがな				
住所①	〒 (都道府県)		(市区町村)	
ふりがな				
住所②	(番地)		(建物名・部屋番号)	
電話番号	(自宅) ()		(携帯) ()	
身長	cm	体重	kg	血液型 Rh ()
アレルギー	<input type="checkbox"/> 食べ物 (具体的にご記入ください) <input type="checkbox"/> 薬 <input type="checkbox"/> その他			
家族構成	<input type="checkbox"/> 父 (歳) <input type="checkbox"/> 母 (歳) ※ご家族の既往歴(具体的にご記入ください) <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 (歳(男・女)、 歳(男・女)、 歳(男・女)) (同居) <input type="checkbox"/> 父方祖父 <input type="checkbox"/> 父方祖母 <input type="checkbox"/> 母方祖父 <input type="checkbox"/> 母方祖母 <input type="checkbox"/> その他 ()			
■今日どのような症状で来院されましたか？ 症状にレ点をつけてください。 <input type="checkbox"/> 発熱 最高：____℃ ※左記の症状はいつからですか？ <input type="checkbox"/> せき 痰がらみ：あり・なし ※○をしてください <input type="checkbox"/> 鼻水 色：透明・白色・黄色 ※○をしてください <input type="checkbox"/> 鼻づまり <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 腹痛 嘔吐：____回・下痢：____回 ※その他：具体的にございましたらご記入ください。(例) ワクチンのご相談など <input type="checkbox"/> 発疹 場所：_____ <input type="checkbox"/> かゆみ 場所：_____ <input type="checkbox"/> その他 _____				
■現在、他院で治療中の病気、処方薬がございましたらご記入ください				
■予防接種歴～これまでに終了した予防接種に○で囲んでください ①Hib(ヒブ) 1回 2回 3回 追加 ②肺炎球菌 1回 2回 3回 4回 ③BCG ④三種混合または四種混合 1-1・1-2・1-3・1期追加 ⑤ポリオ 不活化) 1回 2回 3回 4回 ⑥麻疹風疹混合(MR) 1期(1歳) 2期(年長) ⑦日本脳炎 1-1・1-2・1期追加・2期 ⑧水痘(水ぼうそう) ⑨流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) ⑩B型肝炎 1回 2回 3回 ⑪ロタウイルス ⑫新型コロナウイルス(1回目 / 2回目 / 3回目 / 4回目 /) ←分かる範囲で接種日をご記入ください				
■今までに診断された事のある病気がございましたら記入ください。()				
■現在の所属するところがございましたら、○をつけてください。 保育園・幼稚園・小学校・中学校・高校・大学・職場 ※また、そこで流行している感染症があればご記入ください。例) インフルエンザ ()				
■ご自宅に同じ症状の方はいらっしゃいますか？ なし・あり () ■ご自宅に喫煙されている方はいらっしゃいますか？ なし・あり () ■ご自宅にペット飼育されていらっしゃいますか？ なし・あり () ■最近、外国に行かれましたか？また外国に行っていた方との接触はございますか？ なし・あり ■その他、医師につたえておきたいことがございましたら、ご記入ください。				
■当院を何でお知りになりましたか？ チラシ・当院ホームページ・Web (どちらのサイトですか？) () ご紹介(ご家族・友人)・クリニック前看板を見て・その他 ()				
【備考】				