

# 小児科問診票

カルテNo. \_\_\_\_\_

初診の方は、下記の質問にお答え下さい。

(受診日) 年 月 日

ふりがな

氏名 \_\_\_\_\_ (男・女) (平・令) \_\_\_\_年\_\_月\_\_日生 \_\_\_\_才\_\_ヶ月

住所 〒 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_ 携帯番号 \_\_\_\_\_

通園・通学先名 \_\_\_\_\_ (託児所・保育園・幼稚園・小学校・通園していない)

体重 \_\_\_\_\_ kg 体温 \_\_\_\_\_ °C

1. いつからどのような症状でお困りですか？ (薬の服用がある場合は、その薬の名前もお書き下さい)。

2. 家族に具合の悪い方はいますか

3. 以下の項目に○をつけて下さい

☆ 薬は、シロップ・粉・錠 (7歳以上の方) 希望 解熱剤は、いる (粉・坐薬) ・いない

☆ 薬を飲んで何らかの症状が、出たことはありますか？

ない ・ ある (薬品名：症状： \_\_\_\_\_)

☆ 食物アレルギーはありますか？

ない ・ ある (食品名：症状： \_\_\_\_\_)

☆ 予防接種で済んでいるものに○を付けて下さい。

肺炎球菌 (1回目・2回目・3回目・追加) ヒブ (1回目・2回目・3回目・追加)

ロタウイルス (1回目・2回目・3回目) B型肝炎 (1回目・2回目・3回目)

四種混合 (1回目・2回目・3回目・追加) BCG MR (麻疹風疹混合) (1期・2期)

水痘 (1回目・2回目) おたふく (1回目・2回目) 日本脳炎 (1期1回目・2回目・追加)

上記の病気の中で、すでにかかっているものはありますか？

4. 今までにかかった大きな病気はありますか？

5. 現在、処方されている薬はありますか？

6. 現在、育児や予防接種などでわからない事、困っている事がありましたらご記入下さい。

\* 当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療提供に努めています。

ご協力ありがとうございました。



MIYAMOTO FAMILY CLINIC

みやもとファミリークリニック