

## 小児科初診問診票（中学生まで）

ふりがな お名前  様	男女	平成 生年月日 令和                      年                      月                      日生 （年齢                      歳                      ヶ月）
ご住所 〒		
電話番号（必要時連絡して良い番号をご記入ください）：		
生活の場： 自宅 ・ 幼稚園 ・ 保育園 ・ 小学校 ・ 中学校 ・ その他（                      ）		

1) 今日はどのような症状ですか（できるだけ詳しくお願いします）  
いつから：

症 状：

体重

\_\_\_\_\_ Kg

熱

\_\_\_\_\_ °C

2) 現在服用されている薬はありますか     なし     あり  
ありの方は 下に記入 またはお薬手帳を提出してください  
薬名：

3) かかったことがある病気をチェックしてください

- なし
- 麻疹（はしか）     風疹     水ぼうそう     おたふくかぜ     百日咳  
 溶連菌感染症     川崎病     喘息     アレルギー性鼻炎     アトピー性皮膚炎  
 じんましん     けいれん（熱あり）     けいれん（熱なし）     てんかん     中耳炎  
 心臓病     肝炎     腎炎     尿路感染症     その他（                      ）

4) 今までに入院、手術の経験はありますか。それはいつ頃ですか

- 入院： なし     あり・・・あり の方    いつ頃（                      ）（入院期間                      ）
- 手術： なし     あり・・・あり の方    いつ頃（                      ）（何の手術                      ）

5) 受けたことがあるワクチンをチェックしてください。

- ヒブワクチン     肺炎球菌ワクチン     ロタウイルス     B型肝炎     四種混合  
 BCG     MR（麻疹・風疹混合）     水ぼうそう     おたふくかぜ     日本脳炎  
 ポリオ     三種混合（DPT）     二種混合（DT）

6) アレルギーはありますか？

- 薬のアレルギー     なし     不明     あり    （薬剤名：                      ）
- 食物アレルギー     なし     不明     あり    （食品名：                      ）
- 花粉症     なし     不明     あり    （種類：                      ）
- その他 ※ワクチンなど     なし     不明     あり    （種類：                      ）

7) 当院は何でお知りになりましたか？

- ① 自宅が近所    ② ホームページ    ③ 知人の紹介    ④ その他（                      ）

8) 直近1ヶ月での海外の渡航歴     なし     あり    （場所：                      ）

9) 処方薬の形状の希望     粉薬     シロップ     錠剤     希望なし

10) 医療費明細書を 希望しない   

ご記入ありがとうございました