

小児科初診問診票（中学生まで）

ふりがな お名前	男 女	平成	年	月	日生
様		生年月日	令和	年	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おいでになりましたか？（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、下に記入もしく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：（期間）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 二種混合

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（ ）
 その他（ワクチンなど）なし 不明 あり（ ）

7) 当院をどのようにお知りになりましたか？

- ①自宅が近所 ②会社が近所 ③ホームページ ④知人の紹介 ⑤その他（ ）

8) 医療費明細書を 希望しない

9) 医師の希望は、ありますか？ 特になし 竹濑 柄澤 ご記入ありがとうございました。