小児科初診問診票（中学生まで）

ふりがな お名前　　様	男 女	生年月日　平成　　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　：

その他　：

体重

＿＿＿＿＿＿kg

熱

＿＿＿＿＿＿℃

2）かかったことがある病気をチェックしてください。

□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　□その他（　　）

3）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：（　　）　いつ頃：（　　）
●手術：（　　）　いつ頃：（　　）

4）受けたことがあるワクチンをチェックしてください。

□BCG　□ポリオ　□三種混合　□四種混合　□二種混合　□日本脳炎
□MR（麻疹・風疹混合）　□麻疹（はしか）　□風疹　□ロタウイルス　□水ぼうそう
□おたふくかぜ　□ヒブワクチン　□肺炎球菌ワクチン　□その他（　　）

5）アレルギーはありますか？

薬のアレルギー　なし　あり（薬剤名　　）
食物アレルギー　なし　あり（食品名　　）

6）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　　）

7）当院をどのようにお知りになりましたか？

①通りがかり　②看板　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？　竹渕　柄澤

特になし

ご記入、ありがとうございました。