

小児科問診票

記入年月日 年 月 日

患者名	ふりがな	年齢	歳	職業	
	様	身長	cm	体重	kg
緊急連絡先					

1. どのような症状で来院されましたか。

2. それはいつ頃からですか。

3. 今までに心臓病や重大な病気など、または入院・手術を受けたことがありますか。

【ある・ない】

あると答えた方 【病名： _____】

【手術名： _____】

4. 現在治療中の病気、または服用中の薬はありますか。

【ある・ない】

あると答えた方 【病名： _____】

【薬品名： _____】

5. 今までにけいれん（ひきつけ）を起こしたことがありますか。

【ある・ない】

あると答えた方 【 _____ 歳の時】 【熱の有無：有・無】

6. 喘息やじんま疹などアレルギー体質がありますか。

【ある・ない】

あると答えた方 【病名： _____】

7. 今までに薬や注射で発疹やからだの具合が悪くなったことがありますか。

【ある・ない】

あると答えた方 【薬品名： _____】

8. ご家族の中で重大な病気やアレルギー性疾患のある方はいらっしゃいますか。

【いる・いない・わからない】

いると答えた方 【病名： _____】

9. 生まれたときの状況を教えてください。

【出生時体重 _____ g】 【分娩：正常分娩・異常分娩】

10. 以下の予防接種を受けたことがありますか。（該当するものに○をつけてください）

MR（麻疹・風疹混合）・おたふくかぜ・水痘・三種混合・BCG

四種混合・Hib・肺炎球菌・ロタ・B型肝炎・日本脳炎・ポリオ

11. 家族構成についてお書き下さい。

12. 過去1ヶ月以内に海外渡航歴はありますか？

【ある・ない】

あると答えた方 【渡航先： _____】 【渡航期間： _____】

久我山病院