

新型コロナウイルス又はインフルエンザの方接触はありましたか？

・はい(新型コロナ・インフル) [父・母・その他()]

・いいえ

小児科問診票

受診日： 年 月 日

フリガナ		性別	生年月日		
氏名		男 女	平成 令和	年 才	月 ヶ月

1. 本日はどのような症状でお困りでしょうか？

・発熱 (°C) ・咳 ・鼻水 ・せいぜい ・頭痛 ・吐き気 ・嘔吐 ・下痢
・腹痛 ・発疹 ・咽頭痛 ・くしゃみ ・咳こんで吐く ・その他 ()

いつもの続き

・アトピー性皮膚炎 ・気管支喘息 ・腎炎 ・自律神経失調症 ・その他 ()

前回の来院日 (/) その後の症状はどうですか？ ()

2. 上記症状はいつ頃からですか？ 月 日頃

3. 最近の体重 () kg

4. お子さんの体質について

a. 今までに注射をして具合が悪くなったことがありますか？ はい ・ いいえ

b. 食事や薬などで発疹が出たことがありますか？ はい ・ いいえ

c. 「ぜーぜー」といったり、喘息と言われたことがありますか？ はい ・ いいえ

5. 今までに受けた予防接種

・BCG ・ポリオ ・DPT-IPV(四種混合) ・DPT(三種混合) ・DT(二種混合) ・ロタ
・MR(はしか風疹混合) ・はしか ・風疹 ・おたふくかぜ ・水痘 ・日本脳炎 ・インフルエンザ
・B型肝炎 ・ヒブ ・肺炎球菌(小児用プレベナー) ・子宮頸がん ・その他()

6. 今までにかかった病気

・突発性発疹 ・みずぼうそう ・はしか ・おたふくかぜ ・伝染性紅斑(りんご病)
・百日咳 ・気管支喘息 ・アトピー性皮膚炎 ・無熱性けいれん ・熱性けいれん
・腎炎 ・肺炎 ・川崎病 ・腎盂炎 ・風疹 ・溶連菌感染症 ・RSウイルス感染症
・その他 ()

7. 入院歴もしくは手術歴

病名 () いつ頃 ()

8. 現在治療中の病気や内服している薬があれば書いて下さい。

9. 診療について希望があればお書き下さい。

例) 解熱剤の坐薬が欲しい 水薬ではなく粉薬が欲しいなど。