小 児 科　問 診 票

同居家族の方で
新型ｺﾛﾅ又はｲﾝﾌﾙｴﾝｻﾞと診断された方はいますか？

・はい（新型ｺﾛﾅ ・ ｲﾝﾌﾙ）　・いいえ

受診日　　年　　月　　日

フリガナ		性別	生年月日
氏 名		男 ・ 女	平成　　年　　月　　日 令和　　才　　ヶ月

1. 本日はどのような症状でお困りでしょうか？

発熱(　　℃) ・ 咳 ・ 鼻水 ・ ぜいぜい ・ 頭痛 ・吐き気 ・ 嘔吐 ・ 下痢
腹痛 ・ 発疹 ・ 咽頭痛 ・ くしゃみ ・ 咳きこんで吐く ・ 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　　時 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 （6ヶ月以内に受診歴のある方は記入不要）

・ロタ ・B型肝炎 ・小児肺炎球菌 ・DPT-IPV-Hib(五種混合) ・DPT-IPV(四種混合) ・ヒブ
・DPT(三種混合) ・ポリオ ・BCG ・MR(はしか風疹混合) ・はしか ・風疹 ・水痘 ・おたふくかぜ
・日本脳炎 ・DT(二種混合) ・インフルエンザ ・子宮頸がん ・その他(　　)

6.今までにかかった病気 （6ヶ月以内に受診歴のある方は記入不要）

・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

香里ケ丘有恵会病院