

◆◆◆ 問診票 ◆◆◆

フリガナ 氏名	男 ・ 女	生年月日	S H R	年 月 日	年齢	歳 ヶ月
住所	〒			電話番号		
				携帯		
身長	cm	体重	kg	体温	℃	

※下記質問にて該当するものにチェックをつけて下さい。

- ① 本日はどうなさいましたか。
 熱 咳 鼻水 嘔吐 下痢 腹痛 その他()
 →それはいつ頃からですか 今日から ____日前から ____ヶ月前から
- ② お子様の状態は。
 食欲 → 普通 やや不良 不良
 機嫌 → 普通 やや不良 不良
- ③ ご家族の中で病歴がある方いらっしゃいましたらご記入下さい。
 父 (歳) 病歴 ()
 母 (歳) 病歴 ()
 兄弟 (歳) 病歴 () (男・女)
 兄弟 (歳) 病歴 () (男・女)
 兄弟 (歳) 病歴 () (男・女)
- ④ 周産期の病気・異常はありますか。
 ()
- ⑤ 今までにかかった病気はありますか。
 突発性発疹 おたふくかぜ 水痘 肺炎 喘息
 アトピー性皮膚炎 痙攣 その他 ()
- ⑥ 今までにおこなった予防接種は。
 BCG ポリオ 三種混合(1・2・3・追) 二種混合 MR(1・2)
 日本脳炎(1・2・3・追・Ⅱ期) Hib 水痘(1・2) おたふくかぜ 肺炎球菌
 B型肝炎(1・2・3) 四種混合(1・2・3・追) その他 ()
- ⑦ 今までに服用したお薬の中でアレルギーはありますか。
 ない ある → 薬剤名 ()
- ⑧ 食べ物でのアレルギーはありますか。
 ない 鶏卵 牛乳 小麦 ピーナッツ その他 ()