



小児科問診票

年 月 日

フリガナ		男 ・ 女	生年月日 年 月 日生		
お名前					
お子さんの 呼び方/愛称		年齢	才	保育園・幼稚園・小学校・中学校	
			カ月	体重	kg
ご住所	〒 保護者携帯電話 父： 母：				

1. 本日はどのようなことでおいでになりましたか？

- ・発熱 () °C
- ・咳 (痰からむ・乾いた咳・ケンケン)
- ・喘鳴
- ・鼻 (鼻汁・鼻づまり)
- ・咽頭痛
- ・嘔吐
- ・下痢
- ・腹痛
- ・頭痛
- ・発疹
- ・その他 ()

2. これらの症状は、いつ頃からでしょうか？

3. 現在、何かお薬を飲まれていますか？

- ・いいえ
- ・はい (薬品名)

※お薬手帳をお持ちの方はご提示下されば、記入は不要です。

4. 今まで喘息やアトピー性皮膚炎と診断されたり、花粉症症状、お薬や食べ物で発疹が出たり、息苦しくなったことはありますか？

- ・ない
- ・ある … 喘息・アトピー：いつ頃から

・花粉症

・薬品名：

・食べ物：

5. 出生時について

・在胎： 週 日 ・出生体重： g ・身長： cm

・分娩様式： 正常 ・帝王切開 ・吸引 ・鉗子

・健診で何か指摘されたことはありますか？

- ・ない
- ・ある ()

6. 今までに次の病気にかかれたこと、または入院されたことはありますか？

・突発性発疹 ・麻疹 ・風疹 ・おたふくかぜ ・水ぼうそう

・熱性けいれん (いつ： 何回： 予防投与： あり なし)

・入院歴 (いつ： 病名：)

7. 現在加療中の病気はありますか？

- ・ない
- ・ある ()

8. ご家族構成をお教えてください。

_____人家族 (父・母・兄 才 ・姉 才 ・弟 才 ・妹 才 ・祖父 ・祖母 ・)