

小児外来問診票

ご記入日：平成____年____月____日

フリガナ

お名前：_____(男・女) 生年月日：平成____年____月____日 年齢：____歳____ヶ月

〒_____

ご住所_____ 電話_____

身長_____cm 体重_____kg 今日の体温：_____℃

1. 本日来院された目的や希望をお伺いします

1) 症状または受診の理由に○を付けてください

() 発熱 () 咳 () のどの痛み () 鼻水 () 下痢

() 嘔吐 () 腹痛 () ゼイゼイ () 頭痛 () 発疹

() その他の症状：_____

() 予防接種→希望するワクチン：_____

() 健康診断／乳児健診

* 予防接種には専用の問診があります。お持ちでない方は受付にお声をかけてください。

* 公費で乳児健診を受ける場合は、専用の問診票をお持ちください。

2) いつからどんな症状がありましたか？

2. 同じような症状で他の病院を受診したことがありましたか？

() いいえ

() はい 病気の名前：_____

3. 現在飲んでいる薬はありますか？

() いいえ

() はい 薬の名前：_____

4. これまでの発達や、かかったことのある病気、ワクチンなどについて

1) 生まれたときの体重：_____kg 生まれた週数：_____週_____日

2) 生まれた時の異常

() 仮死 () 帝王切開 () 黄疸

() その他_____

うらへ

小児外来問診票

3) 発育について

- ①首のすわり： か月 ②おすわり： か月 ③ハイハイ： か月
④一人歩き : か月 ⑤初語（マンマ等） : か月

4) 受けたことのある予防接種に○を付けてください

- () ロタ () ヒブ () 肺炎球菌
() BCG () 三種混合（DPT）() ポリオ
() 四種混合 () 麻疹・風疹（MR）() 水ぼうそう
() おたふくかぜ () 日本脳炎 () 二種混合（DT）
() 子宮頸ガン () B 型肝炎 () その他_____

5) 今までに薬や食べ物でアレルギー反応や、薬の副作用が出たことがありますか？

- () いいえ
() はい 病名_____

6) かかったことのある病名についてご記入ください

- () ぜんそく () 熱性けいれん
() その他_____

7) 入院したことはありますか？

- () いいえ
() はい 病名_____

8) 血のつながりのある方で次のような病気はありますか？

- () ぜんそく () けいれん
() その他_____

5. その他、なにか医師に伝えておくことがあれば、記載してください

*当院を何で知りましたか？

- ☐ ホームページを見て ☐ 病院紹介サイトを見て ☐ 看板を見て ☐ 友人知人の紹介
☐ 家族がかかっていたから ☐ 近くに住んでいるから ☐ その他