

小児問診票（初診）

令和____年____月____日



母子手帳を
ご持参
ください

ふりがな

お名前 _____ 性別： 男・女

生年月日： 平・令____年____月____日（____歳） 連絡先： _____

住所：〒 _____

保育園・幼稚園の通園（あり・なし） 園名： _____ 学校名： _____

周囲で流行している病気 _____

●出生時について（おわりの範囲内で結構です。）

予定日にお生まれですか？ はい・早かった____日・遅かった____日

出生はどのようなでしたか？ 正常分娩 ・ 帝王切開 ・ その他 _____

生まれた時の 体重 _____ g 身長 _____ cm

何か異常はありましたか？ _____

●今までにかかった病気 あてはまる項目に○をつけて下さい。

・気管支炎／肺炎 ・中耳炎 ・喘息 ・アトピー性皮膚炎 ・尿路感染症
・川崎病 ・突発性発疹 ・水ぼうそう ・おたふくかぜ ・その他 _____

●入院したことはありますか？ いいえ・はい 病名 _____

いつ頃 _____ 病院名 _____

●熱性けいれん _____回 抗けいれん薬の使用 なし・あり（薬名 _____）

●アレルギーはありますか？ なし・あり・わからない

食物 _____ 薬名 _____ その他 _____

●現在服用している薬はありますか？ いいえ・はい 薬名 _____

●お薬の希望はありますか？ シロップ ・ 粉薬 ・ 錠剤

●本日はどのようなことでいらっしゃいましたか？

発熱 _____月____日より _____℃ 咳 _____月____日より

鼻水 _____月____日より 発疹 _____月____日より

下痢 _____月____日より 嘔吐 _____月____日より

のどの痛み _____月____日より 腹痛 _____月____日より

頭痛 _____月____日より

その他症状があればお書きください。

●今までに受けた予防接種に○をつけてください。

ヒブ・小児肺炎球菌・B型肝炎・四種混合・ロタ・BCG・新型コロナ

MR（麻疹風疹混合ワクチン）Ⅰ期・Ⅱ期・水ぼうそう・おたふく・三種混合・ポリオ・日本脳炎

二種混合・子宮頸がん