

小児科初診問診票



【記入日： 年 月 日】

フリガナ		年齢	歳	生年月日	年 月 日
お名前		体重	Kg		
		平熱	℃		
ご住所	〒				
電話番号		携帯電話番号			
ご家族で当院がかかりつけの方はいらっしゃいますか？		いいえ	はい	→	
当院をご紹介くださった方はいらっしゃいますか？		いいえ	はい	→	

1	いつ頃からどのような症状・心配事があるのですか？

2	現在治療中・経過観察中の疾病はありますか？ 発育・発達に遅れはありますか？ 健診で異常を指摘されたことはありますか？			
	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%;">ない</td> <td style="width: 33%;">ある</td> <td style="width: 33%;">→</td> </tr> </table>	ない	ある	→
ない	ある	→		

3	いつものんでいるお薬はありますか？			
	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%;">ない</td> <td style="width: 33%;">ある</td> <td style="width: 33%;">→</td> </tr> </table>	ない	ある	→
ない	ある	→		

4	これまでの病気・手術・輸血など (やったものに○)
	突発性発疹 水ぼうそう はしか 風疹 おたふく アトピー ぜんそく ひきつけ (有熱時 無熱時) その他 () 手術→ 輸血・血液製剤の使用→

5	このお子さまは妊娠中・お産の時・お産の後に異常はありましたか？			
	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%;">ない</td> <td style="width: 33%;">あった</td> <td style="width: 33%;">→</td> </tr> </table>	ない	あった	→
ない	あった	→		

6	薬の副作用や食物アレルギーを経験したことがありますか？			
	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%;">ない</td> <td style="width: 33%;">ある</td> <td style="width: 33%;">→</td> </tr> </table>	ない	ある	→
ない	ある	→		

7	予防接種 (済んだものに○)
	BCG ポリオ 三種混合 (百日咳・ジフテリア・破傷風) はしか・風疹 日本脳炎 おたふく 水ぼうそう その他 []

8	血縁者 (祖父母・両親・兄弟) に次のような病気はありますか？ (亡くなった方も)
	癌 高血圧 糖尿病 脳卒中 心臓病 結核 喘息 その他 ()

9	その他 / ご希望がありましたら、お書きください。