

小児科問診票

氏名

(男・女) (才)

1. 症状について

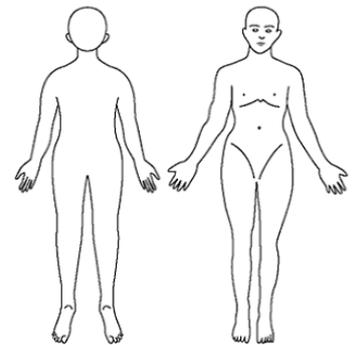
いつから、どこが、どのような症状がありますか。

(いつから) _____ 年 月 日 時頃から

(どこが) (_____) ※症状のある箇所を丸印で囲んでください

(症状) 熱・鼻・咳・ぜいぜいする・頭痛・下痢・吐く・腹痛・発疹・

その他 _____



2. 今までにかかった病気および入院歴について

病名・手術名	時 期	病 院 名	入 院 歴
	年 月 才		なし・あり (年 月)
	年 月 才		なし・あり (年 月)
	年 月 才		なし・あり (年 月)

3. アレルギーについて

なし・あり (食品名: _____)

なし・あり (薬品名: _____)

その他 (_____)

4. 現在服用している薬について

服用中の薬 ある・なし

お薬手帳 持っている (持参あり・持参なし)・持っていない

服用中の薬品名 (お薬手帳のみ・その他薬品名: _____)

5. ごきょうだい、ご両親の健康状態について

兄弟姉妹: (人)

現在かかっている病気はありますか (_____)

6. 現在までに接種済みの予防注射について

口タ (1・2・(3)) 肺炎球菌 (1・2・3・4) ヒブ (1・2・3・4)

4種混合 (1・2・3・4) B型肝炎 (1・2・3) BCG (1)

3種混合 (1・2・3・4) ポリオ (1・2・(3)・(4)) DT (1)

MR (1・2) 水痘 (1・2) おたふく (1・2) 日本脳炎 (1・2・3・4)

身長 _____ cm 体重 _____ kg 体温 _____ °C

脈拍 _____ 回/分 SpO2 _____ % 血圧 _____ / _____ mmHg

HP