

小児科問診票

ID:

氏名

(男・女) (才)

紹介状あり・なし

1. 症状について

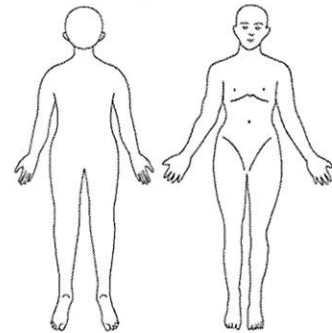
いつから、どこが、どのような症状がありますか。

(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

ロタ (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)

5種混合 (1・2・3・4) HPV (1・2・3)

身長 cm 体重 kg 体温 °C

脈拍 回/分 SpO2 % 血圧 mmHg