

年 月 日

～小児科 問診票～

No. _____

◎この問診票は診察の際必要となりますので、分かる範囲でご記入ください。

◎紹介状をご持参の方は、受付にお出しください。

◎現在、水ぼうそう・おたふく・麻疹（はしか）・風疹にかかっている可能性のある方は申し出て下さい。

フリガナ

氏 名： _____ 男 ・ 女 _____ 体 重： _____ g / k g

生年月日： 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 歳 _____ か月

住 所： _____ TEL： _____

(緊急連絡 TEL： _____)

(_____) 保育所・保育園・幼稚園・小学校・中学校 (_____) 年 (_____) 組

1. 今日どのような症状で来院されましたか？ 症状に○をつけて下さい。

発熱・鼻水・咳・ゼーゼー・嘔吐・下痢・腹痛・頭痛・のどの痛み・発疹・蕁麻疹
その他 (_____)

2. その症状はいつからありますか？

(_____)

i : 身近な方で同じ症状の人はいますか？ (はい ・ いいえ)

ii : 食事・水分は摂れていますか？ (はい ・ いいえ)

iii : 夜間はぐっすり眠れていますか？ (はい ・ いいえ)

3. いつも通院している医療機関がある方は、記入してください。 (_____)

4. 薬や食品で発疹が出たり、具合が悪くなった事がありますか？ (はい ・ いいえ)

(はいの方は、記入してください ☺ _____)

5. 今まで、下記の病気にかかった事がありますか？ (はい ・ いいえ)

麻疹（はしか）・水痘（水ぼうそう）・おたふく・喘息・アトピー性皮膚炎・肺炎・中耳炎

ひきつけ（熱性けいれん）・てんかん・心臓病・腎臓病・その他 (_____)

6. いつも服用している薬がありますか？ (はい ・ いいえ)

(はいの方は、記入してください ☺ _____)

7. 今までに行った予防注射を記入して下さい。

四種混合 (_____ 回・追加) ヒブ (_____ 回) 肺炎球菌 (_____ 回) BCG 麻疹・風疹 (_____ 回)

水痘 (_____ 回) おたふく (_____ 回) 日本脳炎 (第1期 _____ 回・追加・第2期)

ロタリックス (_____ 回) ロタテック (_____ 回) B型肝炎 (_____ 回) 三種混合 (_____ 回)

ポリオ (_____ 回) 不活化ポリオ (_____ 回) 子宮頸がん (_____ 回) その他 (_____)

8. 何か心配な事、質問などあれば書いて下さい。

(_____)

9. 平成30年4月より、医療費明細書の発行が義務付けとなりました。希望されない方は、会計待ち時間が若干緩和されます。不要の方は、チェックを付けてください。 ☺ □

