

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 ・ 令和 \_\_\_\_\_ 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

兄弟や姉妹はいますか？ いる ( 兄 才・弟 才・姉 才・妹 才 ) ・ いない

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・ぜーぜー・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. 現在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. 2018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、チェックを付けてください。 ⇨

