

《小児科問診票》

年 月 日

※問診は診療にあたって患者様の状態を把握する大変な情報です。
待合の間に解る範囲で結構ですので是非、記入して頂くようお願いいたします。

氏名 _____ 男・女 現在の体重・身長 _____ Kg _____ cm

生年月日 H _____ 年 _____ 月 _____ 日 (満 _____ 歳 _____ ヶ月)

1、本日の受診に関してお聞きます。

(1)今の体温を書いてください。 _____ °C

(2)どのような症状ですか

(3)いつからその症状に気づきましたか？

_____ 月 _____ 日の _____ 時頃

(4)その症状が出てからどのような対処をしましたか？

() 他医院にかかった。

() 薬を飲んでいる(解れば薬名 _____)

※家庭でなされた事

2、既往に関してお聞きます。

(1)出生時の状況 出生体重 _____ g 在胎週数 _____ 週

妊娠中・出産時の異常(有 無)

(有の場合病名 _____)

(2)兄弟の状況(兄弟の年 _____)

(3)既往の病気(該当するものに○してください)

・はしか ・風疹 ・おたふく ・水ぼうそう ・突発性発疹

・熱性けいれん ・ぜんそく ・アトピー ・腎臓等の病気

・現在かかっている病気 (病名 _____ 歳から)

・入院歴 有・無 (病名 _____ 歳から)

(4)予防接種歴(該当するものに○してください)

・はしか ・風疹 ・おたふく ・水ぼうそう ・2種混合

・4種混合 ・日本脳炎 ・BCG

・インフルエンザ(昨年・今年) _____ ・ツベルクリン(陰性・陽性・不明)

(5)アレルギーについて

・薬のアレルギー(有薬名 _____ 無)

・食物のアレルギー(有食品名 _____ 無)

ご記入ありがとうございました。