

# 問診票(小児用)

体温

℃

ふりがな

お名前

(男・女)

生年月日

平成

年

月

日

(

歳

ヶ月)

〒

ご住所

お電話番号

1.本日はどうされましたか

いつ頃から ( )

どのような症状ですか ( )

2.お子様の生まれたときの体重 ( )

グラム)

3.生まれたときお子様に異常がありましたか (はい・いいえ)

( )

4.今までにかかれたことのある病気に○をつけてください

はしか ・ 水ぼうそう ・ おたふくかぜ ・ 風しん ・ 突発性発疹

気管支喘息 ・ アトピー性皮膚炎 ・ ひきつけ(無熱時・有熱時)

その他( )

5.今までに入院や手術をされたことがありますか (はい・いいえ)

年齢・病名 ( )

6.今までに受けられた予防接種に○をつけてください

三種混合 ・ ポリオ ・ 麻しん風しん ・ 肺炎球菌 ・ ヒブ ・ ロタ

四種混合 ・ 日本脳炎 ・ B型肝炎 ・ BCG

水痘 ・ おたふくかぜ ・ その他( )

7.今までに薬(飲み薬・注射・予防接種)や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか

(はい・いいえ)

どのような薬・食べ物で ( )

どのような症状 ( )

8.現在病院にかかられていますか (はい・いいえ)

医療機関名 ( )

病名 ( )

お薬名 ( )

9.お薬の処方について

院内

・

院外(薬局名)

( )

\*身長

cm

\*体重

kg

10.その他ご相談がありましたらお書きください

※問診票は当院で定めた利用目的の範囲内で利用致します