

小児科問診票				体温	度	体重:	Kg
フリガナ 名前		薬の副作用	無 有 ()				
		アレルギー	無 有 ()				
生年月日 年 月 日		付添い者氏名: 続柄 ()					
年齢 歳 男 女		付添い者電話番号:					
1 今日はどうされましたか？ ☐ 診察 ☐ 定期通院【 薬 ・ 検査 ・ その他 ☐ 検査結果説明【 アレルギー ・ 脳波 ・ MRI ・ その他 ☐							
2 診察の方はいつからどのような症状がありますか？ ☐ 発熱 日から ☐ 咳 日から ☐ 鼻水 日から ☐ ゼーゼー 日から ☐ 耳の下のはれ 日から ☐ 嘔吐 日から 回/日 ☐ 下痢 日から 回/日 ☐ 発疹(ぶつぶつ)(部位) 日から ☐ 腹痛 日から ☐ 頭痛 日から ☐ 咽頭痛 日から ☐ その他()							
3 保育園や学校で何か流行っている病気はありますか？ ()							
4 同居家族の発熱・風邪症状による受診はありますか？(なし ・ あり) * ありの方 → 父 ・ 母 ・ その他() 名前()							
5 周囲または家族内で1週間以内に細菌やウイルス感染陽性と診断された方はいますか？(はい ・ いいえ) はいの方 → どなたが？() いつ？() 病名()							
6 コロナにかかったことがありますか？ はい ・ いいえ (年 月 日)							
7 本日の受診までにどこかを受診されていますか？(はい ・ いいえ) * はいの方 → 紹介状(あり ・ なし) * はいの方→何と診断されましたか？() 服用中の薬はありますか？()							
8 予防接種済みのものに ☐ にチェックを罹ったものは○で囲んで下さい ☐ 5種混合 ☐ 肺炎球菌 ☐ B型肝炎 ☐ ロタ ☐ BCG ☐ 日本脳炎 ☐ 麻疹風疹(MR) ☐ 水痘 ☐ おたふく ☐ 三種混合(DPT) ☐ 四種混合 ☐ 2種混合(DT) ☐ ヒブ ☐ 子宮頸癌ワクチン ☐ その他()							
9 今まで大きな病気にかかったことがありますか？(入院や手術を要する)(はい・いいえ) * はいの方→病名、時期、病院名、治療内容等 ()							
10 現在、他の医療機関に通院されていますか ☐ 通院なし ☐ 通院中(医療機関 受診日 治療内容)							
11 定期的に内服されているお薬はありますか？ (はい ・ いいえ) * はいの方 (薬剤名、 投薬期間等)							
12 1ヶ月以内に海外に行かれましたか？ (はい いいえ) 行き先 ()							