

# 小児問診票

下記について記入、又は○で囲んでください。もしご不明な点がございましたら、窓口でお聞きください。  
より良い診察を適切に行うためですので、お分かりになる範囲でご記入をお願いします。

ふりがな	男 女	生年月日	年 月 日生
お名前			( ) 才
ご住所 〒		自宅電話番号：	
		携帯番号：	
保護者勤務先：			
その他連絡先電話番号：			

1) 今日どのような症状でおいでになりましたか？

発熱 喉の痛み 咳 鼻汁 鼻づまり・くしゃみ 頭痛 腹痛

嘔吐 ( 日前から、1日 回位あり、今日は 回)

下痢 ( 日前から、1日 回位あり、今日は 回)

便通 (黄色又は茶色、白っぽい、赤いところがある、泥状、水様)

発疹 ( 日前から)、かゆみ (あり、なし)、部位はどこですか ( )

元気は (普通、あまり元気がない、ぐったりしている) 食欲や哺乳力 (普通、いつもより少ない、ほとんどない)

その他 ( )

2) 通っているのは \_\_\_\_\_ 保育園、 \_\_\_\_\_ 幼稚園、 \_\_\_\_\_ 小学校、 \_\_\_\_\_ 中学校

3) お父さんの職業 \_\_\_\_\_

4) お母さんのお仕事 家事 毎日勤務 パート その他 ( )

5) お子さんの数 \_\_\_\_\_ 人 このお子さんは \_\_\_\_\_ 番目 (兄 \_\_\_\_\_ 人、姉 \_\_\_\_\_ 人、弟 \_\_\_\_\_ 人、妹 \_\_\_\_\_ 人)

6) 同居している人 おじいちゃん・おばあちゃん・その他 ( )

7) 妊娠中の異常 なし ・ あり (どんな?) ( )

8) 出産 正常 ・ 異常 (どんな?) ( )

9) 新生児期の異常 なし ・ あり (どんな?) ( )

10) これまでに受けた予防接種 Hib (ヒブ) \_\_\_\_\_ 回・肺炎球菌 (プレベナー) \_\_\_\_\_ 回・B型肝炎 \_\_\_\_\_ 回

四種混合 \_\_\_\_\_ 回又は三種混合 \_\_\_\_\_ 回・ポリオ \_\_\_\_\_ 回・BCG・麻疹・風疹混合 (MR) \_\_\_\_\_ 回

水痘 \_\_\_\_\_ 回・日本脳炎 \_\_\_\_\_ 回・二種混合・その他 ( )

11) どんな病気にかかりましたか はしか・おたふくかぜ・水ぼうそう・風疹・百日咳  
川崎病・溶連菌感染症・その他 ( )

12) 手術を受けたこと なし ・ あり (何の?) ( )

13) ひきつけを起こしたことがありますか  
なし ・ あり (どんな時に?) ( )

14) 薬を飲んでからの発疹や下痢 なし ・ あり (どんな薬?) ( )

15) 食べ物のアレルギー なし ・ あり (牛乳・卵・その他) ( )

16) 家族に 喘息 ・ アレルギー性皮膚炎 ・ アレルギー性鼻炎 ・ 蕁麻疹の人がいますか  
いない ・ いる ( )

ご協力ありがとうございました。