

小児科 問診票

氏名[]

生年月日 H・R 年 月 日

体温 °C 体重 Kg

[1] 本日はどうなさいましたか？

()

[2] 他院で治療を受けていますか？(最近受けましたか？)

- いいえ
- はい (病名: 内服薬:)

※お薬手帳などがあれば診察時に医師にお見せください。

[3] 今までに入院するなど、大きな病気をした事がありますか？

- いいえ
- はい (病名: いつ頃:)

[4] 薬や食物アレルギーは有りますか？

- いいえ
- はい (薬: 食物:)

[5] 以下の感染症にかかった事がありますか？(○で囲んで下さい)

(突発性発疹 ・ 麻疹 ・ 風疹 ・ 水痘 ・ おたふく風邪)
その他()

[6] 以下の予防接種を受けましたか？(○で囲んで下さい)

(ヒブ ・ 肺炎球菌 ・ 四種混合 ・ 三種混合 ・ B型肝炎 ・ ロタ)
麻疹風疹 (MR) ・ BCG ・ おたふく風邪 ・ 水痘 ・ 日本脳炎

[7] お薬の希望はありますか？

(水薬 ・ 粉薬 ・ 錠剤) その他()

[8] 身近な方で発熱や風邪症状、感染症にかかっている方はいますか？

いいえ はい (どなたですか・・・)

[9] 心配な事、聞きたい事があれば、ご記入下さい。()

※ご記入いただいた内容は秘密厳守いたします。