

はじめてのかたに (小児科初診問診票)

お子様の御氏名 ふりがな

_____ (男、女)	生年月日 (S・H)	年	月	日
〒 _____	_____	(歳	ヶ月)
住所 _____	_____	現在の体温	_____	°C
TEL (自宅) _____	(携帯) _____	最近の体重	_____	kg

診療を受けるお子様についてお答えください。

1. 今日はどうされましたか？

発熱 (最高 _____ °C)、咳、せいぜい、鼻水、腹痛、嘔吐、下痢、発疹、貧血、尿の異常
育児相談、予防接種、その他 (_____)
いつごろからどのような症状があるかお書き下さい。

2. 生まれた時のことをお聞きします。

生まれた時の体重 (_____ g)、在胎週数 (_____ 週)
生まれてから産科を退院するまでの異常 なし あり (_____)

3. これまで発達に問題があると言われたことはありますか？

なし、あり (_____)

4. 今までにかかった病気はありますか？

突発性発疹、RSウイルス、はしか、風疹、水ぼうそう、おたふくかぜ、インフルエンザ
気管支炎、肺炎、クループ、溶連菌、中耳炎、膀胱炎、喘息、アトピー、花粉症、けいれん (熱性、無熱
性)、川崎病、貧血、その他 (_____)

通園中もしくは通学中の施設で流行している病気はありますか。

(_____ 保育園/幼稚園)、(_____ 小学校/中学校)で(_____)が流行している。

5. 定期的に服用している薬はありますか？ (_____)

6. アレルギーにつきお聞きします。

食物に対するアレルギーはありますか？ ない・ある (食品名 _____)

薬物に対するアレルギーはありますか？ ない・ある (薬物名 _____)

その他アレルギーはありますか？ なし・ある (_____)

血縁関係にある方にアレルギー疾患の方はいますか？ いる・いない
(_____)

7. その他、何かありましたらお書き下さい。

ありがとうございました。

