

♪♪♪ 小児問診票 (～12歳まで) ♪♪♪

記入日 平成 年 月 日

フリガナ 氏名	(男・女)		体温	℃
生年月日	平成	年	月	日 (才 ヶ月)
住所	〒			
電話番号	保護者携帯番号			
保護者氏名	父・母		その他 ()	
緊急連絡先	続柄 () 氏名			

★ 本日は、どうされましたか？あてはまるものに○をつけてください。

発熱 鼻水 咳 喉の痛み 頭痛 発疹 蕁麻疹
 嘔気(はきけ) 嘔吐(おうと) 下痢 便秘 腹痛 機嫌が悪い
 その他 ()
 → その症状はいつ頃からですか？ 月 日 時頃から
 → 他の医療機関を受診されましたか？ いいえ はい(薬あり・薬なし)

★ 予防接種を受けたものに○をしてください。

MR(麻疹・風疹混合) 4(3)種混合 ヒブ 肺炎球菌
 水痘(水ぼうそう) おたふくかぜ その他 ()

★ お子さまが今までにかかった病気に○をつけてください。

突発性発疹 麻疹(はしか) 風疹 水痘(水ぼうそう) おたふくかぜ
 気管支喘息 肺炎 その他 ()
 ひきつけ(けいれん)を起こしたことはありますか？
 ない ・ ある (最後に起こしたのはいつ頃ですか？ 歳頃)

★ 食物のアレルギーはありますか？ ない ・ ある(食品名:) 不明
 ★ お薬のアレルギーはありますか？ ない ・ ある(薬名:) 不明
 ★ お薬の希望はありますか？ 水薬 ・ 粉薬 ・ 錠剤

※お薬手帳をお持ちでしたらご提示ください。