小　児　科　問　診　表　　初診用（　　年　　月　　日）

ふりがな	男・女	生年月日　平成 令和　　年　　月　　日	
お名前　　様		年令　　才　　ヶ月　　体重　　kg	
住所　〒			
電話番号		携帯番号	
生活の場　自宅・（　　）保育園　幼稚園　小学校　中学校　高校　クラス（　　）組			

1）今日はどうしましたか？　　当てはまる症状に○をつけて下さい。
また、一番気になる症状や心配な症状には◎をつけて下さい。
・発熱　（　　℃）　・せき　・鼻水　・痰がからむ　・のどの痛み
・のどの痛み　・頭痛　・ゼイゼイ　・嘔吐　・下痢　・腹痛　・湿疹
・発疹（水痘、はしかなど）、おたふく　　など人にうつる病気
・その他（　　）
一番気になる症状や心配な症状（◎をつけた症状）は、いつからありますか？
　　月　　日から（　　日前から）

2）他の病院にかかったりなにか薬を飲んだりしましたか？
はい　　病名
　　薬の名前　（　　）
いいえ

3）今までに飲んだ薬や食べ物で発疹が出たり、気持ち悪くなったりしたこと（アレルギー反応）がありますか？　もしあれば記入して下さい。
薬（　　）、　食べ物（　　）

4）今までに重い病気にかかったり入院したことがありますか？
もしあれば、その病気を記入して下さい
（　　）

5）今までにかかった病気に○をつけて下さい。
・水ぼうそう　・おたふくかぜ　・喘息　・熱性痙攣
・その他（　　）

6）予防接種歴　　今までに受けた予防接種すべてに○をつけて下さい。
・ロタウイルス　（1，2）回　・B型肝炎　（1，2，3）回
・Ｈｉｂ　（1，2，3）回，追加　・肺炎球菌　（1，2，3）回，追加
・四種混合　（1，2，3）回，追加　・ＢＣＧ
・三種混合　（1，2，3）回，追加　・不活化ﾎﾟﾘｵ　（1，2，3）回，追加
・生ﾎﾟﾘｵ　（1，2）回　・ＭＲ混合ﾜｸﾁﾝ　（1，2）期
・日本脳炎　（1，2）回，追加　・水痘　（1，2）回　・おたふく（1，2）回
・二種混合　・子宮頸がんワクチン(女性)　1，2，3回

ご協力ありがとうございました。この問診表は、診察の際の参考にさせていただきます。