

- 小児科 問診票 -

ふりがな _____

氏名 _____ (男 ・ 女) 生年月日 (日 年 月 日 歳)

下記の質問に対して□に✓または簡単にお答えください。

1) 当院で以前に診察を受けたことがありますか? □ はい □ いいえ

※「はい」の方はお答えください。

前回受診日は () 年 () 月ごろ

2) かかりつけ又は現在かかっている病院・医院はありますか? □ ある □ ない

※「ある」の方はお答えください。

・ どの病院ですか? () 病院・医院

・ かかっているならば、その年月日 () 年 () 月 () 日

・ その病名は? ()

現在の症状 (困っているもの) の□に✓を付けて下さい

□せき □のどが痛い □鼻づまり □鼻みず □熱 () 度

□おなかが痛い □はきけ □げり □その他 ()

その症状があらわれたのは () 月 () 日の (午前 ・ 午後) の () 時ごろ

① くすりや注射などで、気分が悪くなったり、発疹が出たことがありますか?

(ある ・ ない)

② ぜんそく・じんましん・アトピー性皮膚炎等のアレルギー症状がでたことはありますか?

(ある ・ ない)

③ 家族でアレルギー体質の方や大きな病気をされた方がいますか?

(ある ・ ない)

④ 以前にかかった病気 (手術) は?

()

⑤ 1か月以内に予防注射を受けたことがありますか?

(ある ・ ない)

⑥ 女性の方のみ 妊娠していますか?あるいは妊娠の疑いがありますか?

(ある ・ ない)

※ 15歳以上の女子の場合は 最終月経 () 月 () 日

⑦ 1歳未満の乳児のみ 栄養方法は? (□ 母乳 □ 混合乳 □ 人工乳)