

※お手数ですが、点線でカットしてご持参くださいますよう、お願い申し上げます。

キ リ ト リ

平成 年 月 日

小児科を受診される方へ（小児科問診票）

フリガナ

名 前 _____ (男・女) 年齢 _____ 才 _____ カ月 _____
() 人兄弟の () 番目 体重 _____ Kg 体温 _____ °C

今ある症状にあてはまるものがあれば○をつけてください。_____

1. 発熱 2. 鼻水・鼻づまり 3. 咳 4. ゼーゼー・ヒューヒュー・息苦しい
5. のどの痛み 6. 頭痛 7. 腹痛 8. 嘔吐・はきけ 9. げり 10. べんぴ
11. 尿が出ない・少ない 12. 手足が痛い 13. しこり・はれ(場所 _____)
14. ひきつけ(けいれん) 15. しっしん・ブツブツ(場所 _____)
16. その他(_____)

食欲はどうですか。 _____ いつも通り 少ない 水分はとれる 水分も無理

お子様が今までかかった病気や受けた手術はありますか。○をお付けください。_____

いいえ

はい → 熱性けいれん 熱のないけいれん ぜんそく 心臓病 腎臓病
脳・神経の病気 はしか 風しん 水ぼうそう おたふくかぜ
百日咳 中耳炎 川崎病 肺炎 未熟児
その他(_____)

食べ物のアレルギー、花粉・ほこりのアレルギー、薬の副作用が出たことがありますか。_____

いいえ

はい → どんな症状ですか。
(_____)

ご家族で病気にかかっている方やかかっていた方はいらっしゃいますか。_____

いいえ

はい → どんな症状やお病気ですか。
(_____)

お子様がすでに接種した予防接種に○をつけてください。_____

三種混合ワクチン(ジフテリア・破傷風・百日咳) BCG はしか風しん混合ワクチン
水ぼうそう おたふくかぜ 日本脳炎 ポリオ(生・不活化) インフルエンザ
はしか(単独) 風しん(単独) 肺炎球菌 ヒブワクチン B型肝炎

受診の際は必ず母子手帳をご持参ください。

診察前に、ミルク・お菓子などを与えないようにしてください。