小児用

いば小児科　問診票

ふりがな	男・女	生年月日	
お名前		H・R　年　月　日生	歳
ご住所：〒			
携帯番号：			

1）　本日はどのようなことでおいでになりましたか？
　発熱（　　℃）・せき・鼻水・下痢・嘔吐・腹痛・頭痛・発疹・のどの痛み・食欲がない
　その他（　　）
　その症状はいつ頃からですか？（　　前頃から）　　※体重（　　）

2）　現在、他の医療機関に受診していますか？
　いいえ　・　　はい（　　）

3）　現在、処方されている薬はありますか？
　いいえ　・　　はい（　　）

4）　出生時の様子について
　妊娠週数（　　週）・出生体重（　　g）・分娩時、出生時の状態（　正常　・　異常　）

5）　今までに以下の病気にかかったことがありますか？
　百日咳・はしか（麻疹）・みずぼうそう（水痘）・おたふくかぜ（流行性耳下腺炎）・風しん
　突発性発疹・ひきつけ・その他（　　）

6）　今までに大きな病気や入院をしたことがありますか？
　ない　・　　ある（その病名：　　）

7）　今までに受けた予防接種はありますか？　（わかる範囲で）
　ロタウイルス（1・2・3）・Ｈｉｂ（1・2・3・追加）・肺炎球菌（1・2・3・追加）
　４種混合（1・2・3・追加）・５種混合（1・2・3・追加）・Ｂ型肝炎（1・2・3）・ＢＣＧ
　ＭＲ〔麻疹・風疹〕（1・2）・おたふく（1・2）・みずぼうそう〔水痘〕（1・2）
　日本脳炎Ⅰ期（1・2・追加）Ⅱ期・ＤＴ
　ポリオ（1・2・3・追加）・３種混合（1・2・3・追加）・子宮頸がん

8）　これまでの乳児健診や学校健診で指摘はありましたか？
　いいえ　・　　はい（　　）

9）　下記のアレルギー疾患のうち、今までに指摘されたことがありますか？
　気管支喘息・アレルギー性鼻炎（花粉症も含む）・アトピー性皮膚炎
　食物アレルギー（　　）

１０）ご家族について　家族構成（父・母・兄・姉・弟・妹・他（　　）
　アレルギーの方がいますか？　　いいえ　・　　はい　・　わからない
　大きな病気や慢性疾患にかかった方はいますか？ いいえ　・　　はい　・　わからない

１１）体質について
　・よく風邪をひく・よく熱を出す・よく下痢をする・ぜーぜーいいやすい
　・薬・注射等で発疹が出たことがありますか？
　いいえ　・　　はい（品名：　　）

１２）当院を何でお知りになりましたか？
　知人の紹介、　インターネット、　雑誌、　その他（　　）

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

同意する　・　同意しない