

# 小児科問診票

当てはまるものに○印をつけて下さい。  
わかるところだけ記入して下さい。

〒

住所

TEL.

フリガナ 氏名	生年月日				体重
	平成	年	月	日	Kg

① 今日はどこが悪くていらっしゃいましたか？

② 両親および兄弟・姉妹について（健康でない場合はその病名を記入して下さい。）

父の年齢	(	才)	健	否	病名
母の年齢	(	才)	健	否	病名
第1子(男・女)	(	才)	健	否	病名
第2子(男・女)	(	才)	健	否	病名
第3子(男・女)	(	才)	健	否	病名

③ 本日受診された患者さまについて

イ) 予防接種について済んだものに○をつけて下さい。

- a) BCG      b) ポリオ      (①生 回、②不活化 回)
- c) 3種混合ワクチン(百日咳・ジフテリア・破傷風) 1回・2回・3回・追加
- d) 4種混合ワクチン(百日咳・ジフテリア・破傷風・不活化ポリオ) 1回・2回・3回・追加
- e) MRワクチン(麻疹・風疹) 1回・2回    f) 水痘ワクチン    g) おたふくかぜワクチン
- h) ヒブワクチン(インフルエンザ菌b型ワクチン) 1回・2回・3回・追加
- i) プレベナー(肺炎球菌ワクチン) 1回・2回・3回・追加
- j) ロタワクチン 回、    k) B型肝炎ワクチン(HBV) 1回・2回・3回
- その他 ( )

ロ) 今までかかった病気について○をつけて下さい。

- a) はしか      b) 水ぼうそう      c) おたふくかぜ      d) 溶連菌感染症(猩紅熱)
- e) 肺炎      f) 突発性発疹      g) 中耳炎      h) 風疹(三日はしか)
- i) その他 ( )

ハ) 体質についてあてはまるものがあつたら○をつけて下さい。

- a) 風邪をひきやすい      b) 湿疹がでる      c) 扁桃腺がすぐはれる
- d) じんま疹がでやすい      e) 下痢しやすい      f) 喘息がある
- g) ひきつけをおこしやすい    h) その他 ( )

ニ) 薬や注射、食べ物で発疹やじんま疹がでたり、身体の具合が悪くなったことがありますか？

(はい ・ いいえ)

「はい」の場合、具体的内容もわかりましたらお書きください。

( )