

小児科問診票

受診日 年 月 日

ふりがな 明・大・昭・平
 お名前 様 年 月 日 (才) 男 ・ 女

(〒 -)
 ご住所

() -
 ご連絡先 ・ 携 帯 () - ・ E-mail @

身 長 _____ cm 体 重 _____ kg 本日の体温 _____ ℃

下記の項目について記入もしくはOで囲んでください。

◇ どんな症状で、ご来院されましたか				
・それはいつ頃からですか	約 () 日	・ 週間	・ カ月	・ 年 前から
◇ 予防接種はされていますか	BCG	3種混合 (1・2・3・追加)	4種混合 (1・2・3・追加)	
	□タ (1・2・3)	ヒブ (1・2・3・追加)	肺炎球菌 (1・2・3・追加)	ポリオ (1・2・3・追加)
	MR (麻疹・風疹混合)	B型肝炎 (1・2・追加)	水痘 (1・2)	おたふく (1・2)
	日本脳炎 I期 (1・2・追加)	・ II期	子宮頸がんワクチン	DT
◇ いままでに薬や注射などで副作用がおきたことがありますか	ない	ある		
◇ 現在、通院中の病院等がありますか	ない	ある	(科 名 :)	
・服用中の薬はありますか	ない	ある	(薬剤名 :)	
◇ 本人もしくはご両親が熱性ケイレンをおこしたことはありますか	ない	ある	(本人 ・ 父親 ・ 母親) (時期 :)	
◇ 本人もしくはご両親にアレルギー疾患をお持ちの方はいらっしゃいますか	ない	ある	(本人 ・ 父親 ・ 母親) (項目 :)	
◇ 何をみてご来院いただけましたか	チラシ	駅	郵便局	インターネット
	電 柱	バ ス	紹 介	その他 ()