

西川小児科医院 問診票

平成 年 月 日

フリガナ

氏名 _____ (男・女) 体温: _____ °C

生年月日 平成 年 月 日 (才 ヶ月) 体重: _____ kg

住所: 〒 _____

自宅電話番号: _____

携帯番号: _____

記入者: 母親・父親・祖父母・その他 ()

1. 本日、来院されましたお子様の症状をお聞かせください

どのようなことが、いつから始まり、どのように経過していますか？

例1) 1週間前より 咳、鼻汁。おとといの夜から38°C前後の発熱が続く。

例2) 昨日、発疹が背中に出てきたが、今日になって増えてきた。

-
-

2. 現在、他の病院で診察を受けておられますか いいえ、はい

その病院で薬剤が出されていますか いいえ、はい

3. お子さまがかかったことのある病気を○で囲んでください。

突発性発疹、麻疹、風疹、水痘(みずぼうそう)、おたふくかぜ、百日咳
リンゴ病、手足口病、熱性けいれん、心臓病、てんかん、じんましん、喘息
アトピー性ひふ炎、その他 ()

3. 予防接種について。受けたことのあるものを○で囲んでください

BCG ・ヒブ ・肺炎球菌 ・四種混合(DPT-IPV) ・MR (麻疹・風疹) ・日本脳炎
三種混合(DPT) ・ポリオ ・おたふくかぜ ・水痘 ・B型肝炎 ・ロタ ・子宮頸がん

4. お子さまの過敏性体質について アレルギー体質が ない、ある

食物アレルギー (ミルク、卵白、小麦、大豆、そば、その他)

薬物アレルギー (薬品名:)

上記以外のアレルギー症状を具体的に教えてください ()

5. お子さまについて心配なこと、相談されたいことがあれば、具体的にお書きください

ご協力有難うございました。問診票と体温計を受付窓口へ渡して、お待ちください。