

いが小児科・アレルギー科 問診票 (はじめて受診される方)

記入年月日： 西暦 20 年 月 日

ふりがな ()

氏名 男 生年月日 : 西暦・S・H・R 年 月 日
女 体重 . kg 体温 . °C

通っている園・学校 ()

(1) 出生時の状況・発育について

出生体重 () g () 週 () 日で出生
出生時に異常がありましたか 仮死 黄疸 その他 ()
乳児期の栄養 母乳 混合 人工乳
発育・発達について気になることがありますか なし あり ()

(2) 今までにかかった病気があればチェックをお願いします

突発性発疹 麻しん 風疹 水ぼうそう おたふくかぜ 百日咳
 RS ウイルス感染症 ロタウイルス胃腸炎 肺炎 喘息 喘息性気管支炎
 アレルギー性鼻炎 アトピー性皮膚炎 蕁麻疹 貧血 便秘症 てんかん
 発達障害 その他 ()

(3) 今までに受けた予防接種

ヒブ (1回・2回・3回・追加) 小児肺炎球菌 (1回・2回・3回・追加) ポリオ (未・済)
4種混合・3種混合 (1回・2回・3回・追加) B型肝炎 (1回・2回・3回)
ロタウイルス (ロタリックス) (1回・2回) (ロタテック) (1回・2回・3回) BCG
MR (麻しん風疹混合) (1回・2回) 水ぼうそう (1回・2回) おたふくかぜ (1回・2回) DT
日本脳炎 (1回・2回・追加・2期) その他 ()

(4) 何かアレルギーがありますか

食物： なし あり (卵 ミルク 小麦 その他 ()
薬物： なし あり ()

(5) 本日はどのような症状で来院されましたか

- ① 発熱 なし あり いつからですか (月 日 時から)
持続期間は 日 最高体温は °C
保育園・学校などで流行っている病気は なし あり ()
- ② 痛み なし あり (○頭 ○のど ○関節 ○お腹 ○その他)
- ③ 咳 なし あり (○乾いた咳 ○痰がらみ ○けんけん ○苦しそう)
- ④ 鼻水 なし あり (○さらさら○濃い色) 鼻づまり くしゃみ
- ⑤ 嘔吐 なし あり 日から 回/日 (○咳こんで ○咳なしで突然に)
- ⑥ 下痢 なし あり 回/日 (○水様 ○どろどろ ○血まじり)
- ⑦ 発疹 なし あり いつから () かゆみ (○あり ○なし)
- ⑧ 食欲 なし 少な目 いつも通り

※ いま飲まれている薬があればお知らせください ()