

記入日 年 月 日

小児問診票

ふりがな お名前		生年月日 H/R 年 月 日 (歳)	体重
〒 - 住所		性別 男・女	熱 °C
電話番号	携帯電話		

●どのような症状ですか？ 以下のあてはまる症状にチェックをつけてください

- 発熱 咳 痰 鼻水 鼻づまり くしゃみ のどの痛み 頭痛 胃痛
腹痛 耳痛 関節痛 だるい 下痢 嘔吐 吐気 食欲不振
気持ち悪い 湿疹 めまい
その他()

●その症状はいつからですか？ 月 日 時ころ～

●今、飲んでいるお薬 なし あり

おくすり手帳または薬剤情報提供書をお持ちの方は記入不要です。受付にお出しください。

[]

●薬や食べ物のアレルギーはありますか？ なし あり

[]

●今までに病気、入院、手術をされたことはありますか？ なし あり

・いつ

・病名

・病院名

●今までにやったことのある病気に○をつけてください。

百日咳・はしか・風しん・水ぼうそう・おたふくかぜ・インフルエンザ
突発性発疹・溶連菌感染症・手足口病・プール熱・マイコプラズマ肺炎

●発達障害の有無 なし あり ()

●先天性疾患の有無 なし あり ()

●出生時の事について*乳幼児の方のみお答えください。

・出生時身長_____cm・出生時体重_____g

・分娩方法(正常・異常)→異常の場合(吸引・鉗子・帝王切開)