＊必ずご記入下さい

問診票（小児科）

ふりがな
受診者の氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 男・女

生年月日 大正 昭和 平成 ＿＿＿＿ 年 ＿＿ 月 ＿＿ 日生

住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ TEL ＿＿＿＿＿＿＿＿

1. 今日はどの様なこと・症状で来られましたか？
（○でお囲み下さい）
熱（　　℃）・鼻水・のどが痛い・咳・喘鳴（ゼイゼイする）
発疹・嘔吐（吐く）・下痢・便秘・腹痛・食欲不振・頭　痛
健康診断・予防注射・その他（　　）

2．生まれた時の体重 ＿＿＿＿＿＿＿＿グラム（週数　　）

3．現在の体重 ＿＿＿＿＿＿＿＿kg

4．栄養法　母乳　混合　ミルク

5．家族に喘息、アトピー性皮膚炎の方　ない　ある

6．いままでにかかった病気（○でお囲み下さい）
突発性発疹・はしか・百日咳・水ぼうそう・風疹（３日はしか）・とびひ
気管支炎・肺炎・喘息・ひきつけ・中耳炎・溶連菌感染症・おたふくかぜ
入院するような病気・その他（　　）

7．今までに受けた予防接種（○でお囲み下さい）
BCG・ポリオ・三種混合・はしか・おたふくかぜ・MMR・風疹
水ぼうそう・インフルエンザ・日本脳炎・その他（　　）

8．薬・食べ物などに対するアレルギー
ない・ある - 卵白・ソバ・アスピリン・その他（　　）

9．薬は何が飲めますか？　水薬　粉薬　錠剤　カプセル

１０．座薬は使ったことがありますか？　ない　ある

１１．当院にこられた理由をお聞かせ下さい。
１．近くにあるから　２．家族がかかっている　３．評判をきいて
４．（　　）さんの紹介　５．ＨＰをみて　6. その他