

小児科外来問診票

記入者： _____ 関係： _____

フリガナ

お名前 _____ 年齢 _____ 歳 性別 男 ・ 女

(_____ 保育園/幼稚園) (_____ 小学校/中学校/高校、 年生)

1. 今までにかかったことのある病気についてご記入ください。

- ・気管支喘息 ・アトピー性皮膚炎 ・水ぼうそう ・おたふく ・熱性けいれん (_____ 回) ・てんかん
 - ・心臓病 (病名: _____ 才) ・川崎病 (_____ 才)
 - ・6 か月以内の新型コロナウイルス感染症 (_____ 年 _____ 月) ・発達の遅れ
 - ・その他 (_____ 才)
- ※今までに入院したことはありますか？ なし ・ あり

2. 現在使用中の薬がありますか？ なし ・ あり (お薬手帳参照 _____)

3. 今までに薬剤、食品などに対するアレルギー (じんましん、ショックなど) がありましたか？

なし ・ あり (_____)

4. 今までに受けた予防接種に○をつけてください。

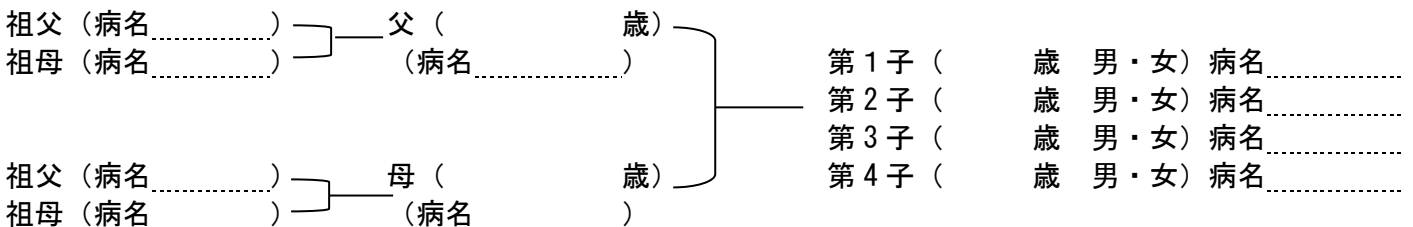
- ・Hib (1, 2, 3, 追加) ・肺炎球菌 (1, 2, 3, 追加) ・四種混合 (1, 2, 3, 追加)
- ・五種混合 (1, 2, 3, 追加) ・B 型肝炎 (1, 2, 3) ・ロタウイルス (1, 2, 3) ・BCG
- ・水痘 (1, 2) ・おたふく (1, 2) ・日本脳炎 (1, 2, 3, 追加) ・麻しん風しん (1, 2)
- ・二種混合 (1) ・三種混合 (1, 2, 3, 追加) ・ポリオ (1, 2) ・不活化ポリオ (1, 2, 3, 追加)
- ・HPV (1, 2, 3) ・その他 (_____)

5. 妊娠中、あるいは生後 1 か月以内に異常はありましたか？

なかった ・ あった (_____)

出生場所 (_____) 出生週数 (_____ 週 _____ 日) 出生体重 (_____ g)

6. 家族構成、健康状態についてご記入ください。本人に○を付け、同居家族を囲んでください。



おじ、おば、いここに持病がある方は教えてください。

(誰が _____ 病名 _____)

(誰が _____ 病名 _____)

7. 同居家族に喫煙する人はいますか？ いない ・ いる (_____)

8. 自宅にペットはいますか？ いない ・ いる (種類 _____)

9. かかりつけ医はどこですか？ (_____)