

♪♪♪ 小児問診票（～12歳まで） ♪♪♪

記入日 平成 年 月 日

フリガナ 氏名	(男・女)		体温	℃
生年月日	平成 年 月 日	(才 ヶ月)	体重	kg
住所	〒			
電話番号	保護者携帯番号			
保護者氏名	父 ・ 母		その他 ()	
緊急連絡先	続柄 () 氏名			

★ 本日は、どうされましたか？ あてはまるものに○をつけてください。

発熱 鼻水 咳 喉の痛み 頭痛 発疹 蕁麻疹
 嘔気（はきけ） 嘔吐（おうと） 下痢 便秘 腹痛 機嫌が悪い
 その他 ()
 → その症状はいつ頃からですか？ 月 日 時頃から
 → 他の医療機関を受診されましたか？ いいえ はい (薬あり ・ 薬なし)

★ 予防接種をうけたものに○をしてください。

MR（麻疹・風疹混合） 4（3）種混合 ヒブ 肺炎球菌
 水痘（水ぼうそう） おたふくかぜ その他 ()

★ お子さまが今までにかかった病気に○をつけてください。

突発性発疹 麻疹（はしか） 風疹 水痘（水ぼうそう） おたふくかぜ
 気管支喘息 肺炎 その他 ()
 ひきつけ（けいれん）を起こしたことがありますか？
 ない ・ ある （最後に起こしたのはいつ頃ですか？ 歳頃）

★ 食物のアレルギーはありますか？ ない ・ ある（食品名：) 不明

★ お薬のアレルギーはありますか？ ない ・ ある（薬名：) 不明

★ お薬の希望はありますか？ 水粉 ・ 粉薬 ・ 錠剤

※お薬手帳をお持ちでしたらご提示ください。