

問 診 票 (小児用)

年 月 日

ふりがな		男・女	生年月日	平成・令和 年 月 日生 (才)
お名前				
ご住所	〒 電話 () -			被保険者との続柄

・今の身長、体重を教えてください？(わかる範囲で結構です。)

身長： cm / 体重： kg °C

・今日はどのようなことでおいでになりましたか？また、その症状はいつからですか？

(例：昨日から咳・鼻水・発熱がある、一週間下痢のみ、2週間ほど前から不定期に嘔吐の症状、、など)

(いつから： 症状：)

・出生時のようすについて

出生児体重 (g) 分娩時・出生児の状態 (正常 ・ 異常)

予定日より (日) 早かった 遅かった 予定日通り

・今まで病気にかかったことがありますか？

おたふくかぜ (流行性耳下腺炎) みずぼうそう (水痘) はしか (麻疹) 風疹

突発性発疹症 ひきつけ (熱性痙攣) 肺炎 (RS マイコプラズマなど)

その他 ()

・今までに大きな病気や入院をしたことがありますか？

ない ある (病名：)

・今までに受けた予防接種はありますか？

ヒブワクチン 肺炎球菌ワクチン 四種混合 BCG (三種混合 DPT)

ロタウイルスワクチン ポリオ (生/不活化) はしか (麻疹) 風疹

日本脳炎 インフルエンザ みずぼうそう おたふく 二種混合 (DT)

その他 ()

・下記のアレルギー性疾患のうち今までに指摘されたことはありますか？

気管支喘息 アレルギー性鼻炎 アトピー性皮膚炎 蕁麻疹 食物アレルギー

・ご家族の方の病気について

アレルギー体質の方はいますか？ いる いない わからない

大きな病気や慢性病にかかった方はいますか？ いる いない わからない

・体質について

食べ物、薬、注射等で発疹が出たことがありますか？ ない ある (品名)

よく風邪をひく よく熱を出す よく下痢をする ゼーゼーいいやすい

・どんなお乳で育てましたか？

母乳 人工乳 混合

■当院を何でお知りになりましたか？

・HP ・SNS ・駅看板 ・ご紹介(家族・紹介者)・その他()