

初診時間診票（小児）

☆赤で大きくハッキリとご記入ください

お分かりになる範囲でご記入のご協力をお願いいたします。
この問診票はカルテに保存され、お子様のより良い診療に役立てたいと思います。

ふりがな			
お名前		(男・女)	(自宅 携帯)
ご住所		(県	市・郡・町・村
誕生日		(平・令	年 月 日)
年齢		歳	ヶ月
体重		kg	
		体温	
		℃	

※本日はどうされましたか？

(1)	(日・週間・ヶ月) 前から
(2)	(日・週間・ヶ月) 前から
(3)	(日・週間・ヶ月) 前から
(4) (ぜんそく・アトピー性皮膚炎・食物アレルギー) が心配	(日・週間・ヶ月) 前から

①当院受診前に他の医院を受診されましたか？ ②現在使用している・服用している薬はありますか？
☐していない ☐した ☐ない ☐ある ⇒ (定期的に・今回のみ)
お薬名

③お子様の苦手な薬があれば教えてください。
☐シロップ ☐粉薬 ☐錠剤 ☐特になし

④お子様が通われている学校・幼稚園等で現在流行してる病気はありますか？
☐ない ☐ある ⇒ (病名：)

※生まれてから今までの経過をお尋ねします。（思い出せる範囲でご記入ください）

①お生まれは 体重 g 予定日より 日 (はやい ・ おそい)
お生まれになったとき何か問題がありましたか？ ()

②乳児検診・学校検診で何か指摘されたことはありますか？
☐ない ☐ある ⇒ ()

③今までにかかった病気はありますか？

☐ 麻疹（はしか） ☐ 風疹 ☐ 水痘（水ぼうそう） ☐ おたふくかぜ ☐ りんご病	
☐ 食物アレルギー ☐ ぜんそく ☐ 細気管支炎 ☐ アトピー性皮膚炎 ☐ その他 ()	けいれん・ひきつけ 今までに 回 脳波検査：なし・あり () ダイアップの使用： 指示あり・なし

入院のご経験 ☐ない ☐ある ⇒ () といわれて 病院に入院した

⑤ご家族に次のようなご病気をお持ちの方はいらっしゃいますか？

☐ ぜんそく ☐ アトピー・アレルギーといわれた (皮膚炎・花粉症・薬剤：お薬名)
☐ じんましん ☐ 結核 ☐ 肝炎 ☐ その他 ()

⑥お済みになった予防接種について教えてください。（○を付けて下さい）

ヒブ 1回 2回 3回 追加	小児用肺炎球菌 1回 2回 3回 追加	B型肝炎 1回 2回 3回	ロタワクチン 1回 2回 3回	(五種・四種) 混合 1回 2回 3回 追加
BCG 1回	MR 1期 2期	水痘（水ぼうそう） 1回 2回	おたふく 1回 2回	日本脳炎 1期（1回 2回 追加） 2期
二種混合 1回	子宮頸がん（HPV）ワクチン 1回 2回 3回 種類（ガーダシル・シルガード）			RSウイルス母子免疫ワクチン （アブリスボ）※
インフルエンザ 1年以内	その他 ()			※お母さんが妊娠中に接種をするワクチンです

⑦その他特に心配されていることや、お伝えしたいことはございますか？

(

)