

小児科初診問診票

氏名：	男・女	年齢：	歳	ヶ月			
体重：	kg	身長：	cm	生年月日：	年	月	日
住所：	市	電話番号：					

■本日ご受診された理由についてお聞かせください。 ※質問内容につき、該当項目に☑を入れて下さい。

発熱（℃ 時頃） 咳 鼻水 発疹 下痢 嘔吐 腹痛 頭痛

発熱に☑をいれた方に伺います。

1) 同居の家族で2週間以内にインフルエンザ・コロナと診断された方いますか？ いない ・ いる

2) 罹患した傷病に☑をお願いいたします。 インフルエンザ コロナ

3) 罹患した方はどなたですか？またいつ頃かかりましたか？ 誰() いつ頃()

■症状はいつ頃からですか？

3日以内 日前 不明

■その他の症状および心配なことなどを記入して下さい。

()

■現在服用されているお薬はありますか？ ※質問内容につき、該当項目に☑を入れて下さい。

なし あり 薬剤名 ()

■今までに入院・手術経験はありますか？ ※質問内容につき、該当項目に☑を入れて下さい。

なし あり (病名：) いつ頃：)

■お薬や食べ物のアレルギーはありますか？ ※質問内容につき、該当項目に☑を入れて下さい。

なし 食べ物 薬剤 その他 食べ物や薬剤名 ()

■今までにかかった病気のことなどを聞かせて下さい。

はしか 水ぼうそう おたふく 風疹 喘息 熱性けいれん その他

■家族構成をお知らせ下さい。また、現在病気の方、あるいは次のような方がいらしたらお書き下さい。

父 母 兄： ()人 姉 弟 妹 その他： ()

■通っている施設（学校など）についておたずねします。また現在施設で流行している病気があれば記載して下さい。

施設名： ()

施設で流行している病気 ()

■今までに受けた予防接種を記入して下さい。

三種混合（1・2・3・追加） ポリオ（1・2・3・追加） 四種混合（1・2・3・追加）

H i B（1・2・3・追加） 肺炎球菌（1・2・3・追加） MR（I期 ・ II期）

日本脳炎（I期：1・2・追加 II期） 水痘（1・2） おたふくかぜ（1・2）

BCG ロタ シナジス その他 ()

■赤ちゃんの頃のことをおたずねします。

妊娠期間（妊娠 週 日） 出生体重（ g）

お子様を妊娠中に異常はありましたか なし あり（何か月頃に： ） どのような：)

お産は： 正常 ・ 異常（ 鉗子 帝王切開 吸引 骨盤位 その他)

出生後の栄養は何ですか？ (母乳 ミルク 混合 その他)

職員記入欄

インフルエンザ： +・- 溶連菌： +・-

コロナ： +・- PCR： +・-

待機場所：自宅・正面駐車場・第2駐車場