

小児問診票(初診)

令和 年 月 日

| | | | | | |
|--------------------------------|-----|-----------|-----------------------------|-----|-------|
| ふりがな | 性別 | 生年月日 | | | |
| 名前 () | 男・女 | 平・令 | 年 | 月 | 日 (才) |
| 連絡先 (- -) | 続柄 | 母・父・祖母・祖父 | その他 () | | |
| 住所 | 体温 | °C | 体重 | k g | |
| ●どのような症状でいらっしゃいましたか？ | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 発熱 | 月 | 日より | <input type="checkbox"/> 下痢 | 月 | 日より |
| <input type="checkbox"/> 咳 | 月 | 日より | <input type="checkbox"/> 嘔吐 | 月 | 日より |
| <input type="checkbox"/> 鼻水 | 月 | 日より | <input type="checkbox"/> 腹痛 | 月 | 日より |
| <input type="checkbox"/> のどの痛み | 月 | 日より | <input type="checkbox"/> 発疹 | 月 | 日より |
| <input type="checkbox"/> 頭痛 | 月 | 日より | | 月 | 日より |
| <input type="checkbox"/> その他 | () | | | | |

○保育園・幼稚園の通園：(あり・なし) 園名 () 園 学校名 () 学校
 ・周囲で流行っている病気 ()

○出生時について
 誕生日 予定日より：早かった・予定日通り・遅かった 体重 g
 何か異常はありましたか？ いいえ・はい ()

○今までかかった病気
 ・気管支炎/肺炎 ・中耳炎 ・気管支喘息 ・アトピー性皮膚炎 ・尿路感染症
 ・川崎病 ・突発性発疹症 ・水ぼうそう(水痘) ・おたふくかぜ
 ・その他 ()

○入院したことはありますか？ いいえ・はい(病名)
 ・いつ頃 () 病院名 ()

○現在服用している薬はありますか？ いいえ・はい(薬名)

○熱性けいれん なし・あり () 回 痙攣予防 なし・あり ()

○アレルギーなし・あり 食物 ()
 薬 ()
 その他 ()

| | | | | | | | | |
|-------|------|---------|--------|-----|-------|-----|-----|-----|
| 予防接種歴 | Hib | 1回目 | 2回目 | 3回目 | 追加 | | | |
| | 肺炎球菌 | 1回目 | 2回目 | 3回目 | 追加 | | | |
| | B型肝炎 | 1回目 | 2回目 | 3回目 | | | | |
| | ロタ | (ロタリックス | ロタテック) | 1回目 | 2回目 | 3回目 | | |
| | 4種混合 | 1回目 | 2回目 | 3回目 | 追加 | | | |
| | 5種混合 | 1回目 | 2回目 | 3回目 | 追加 | | | |
| | BCG | 1回目 | | | | | | |
| | MR | 1回目 | 2回目 | | 水痘 | 1回目 | 2回目 | |
| | おたふく | 1回目 | 2回目 | | 日本脳炎 | 1回目 | 2回目 | 追加 |
| | 2種混合 | 1回目 | | | 子宮頸がん | 1回目 | 2回目 | 3回目 |

マイナンバーカードをお持ちいただいた方のみにお聞きします。

マイナ保険証による診療情報取得に同意いたしますか？ はい ・ いいえ