

# 初診問診票 (小児用)

記入日

ふりがな	生年月日 H 年 月 日生
名前	歳 ヲ月 (男・女)
住所 〒 -	身長 cm 体重 kg 平熱 °C
電話番号 - -	携帯番号 - -

**1. 当院をどのようにしてお知りになりましたか？**

広告 (新聞・インターネット・電話帳・看板・バス・その他)  
知人・ご家族 (ご紹介者名 ) その他 ( )

**2. いつ頃から、どんな症状ですか？**

本日 ( ) 時頃から・ 昨日から ・ ( ) 日前から・ ( ) か月前から

かぜ症状 (発熱・頭痛・せき・たん・はなみず・のどの痛み) ・ 腹痛 ・ 吐き気 ・ 嘔吐  
下痢 ・ 便秘 ・ かゆみ ・ しっしん ・ 息苦しさ ・ その他 ( )

**※かぜの症状の方は、インフルエンザ迅速検査のご希望はありますか？**

はい ・ いいえ

**3. 予防接種で済んでいるものに○をしてください。**

BCG ・ 三種混合 (1期1回、2回、3回、追加) ・ ポリオ (1回、2回) ・ MR  
日本脳炎 (1期1回、2回、追加、2期) ・ おたふくかぜ ・ 水ぼうそう

**※かかったことのあるものに○をしてください。**

麻疹 ・ 風疹 ・ おたふくかぜ ・ 水ぼうそう ・ その他 ( )

**4. 現在、飲んでいる薬はありますか。**

はい ・ いいえ はいの場合 ( どのような、または薬品名 )

**5. 今までに入院・手術・輸血をした事がありますか。**

はい ・ いいえ はいの場合 ( 病名 ) 才 ヲ月頃 )

**6. 今までに薬や食べ物で、アレルギー症状 (発疹、気分不快など) 起こしたことがありますか？**

はい ・ いいえ

※はいの方は、わかる範囲で、薬・食べ物をご記入ください。( )

**7. お薬の形態で、ご希望のある方は○をしてください。**

シロップ ・ 細粒 ・ 錠剤

**8. そのほかに何か心配なこと、希望すること、医師に聞きたいことはありますか？**

ありがとうございました。