

問診票(初診)

からしま小児科

平成 年 月 日

本日、受診されるお子さんについて教えてください。  
フリガナ

受診する前に薬を使いましたか？  
使っていない。( )を使った。

お名前 男・女

今年初めて受診された方は、母子手帳をみて  
記入して下さい。

生年月日 H 年 月 日

1. 生まれたときに胎週数 週 日  
出生時体重 g  
出生時の異常(有・無)

才 ヶ月

住所 〒

2. 今までにかかった病気に○をつけて下さい。  
突発性発疹症( 才)熱性けいれん( 才)

TEL

水痘(みずぼうそう)( 才)

体温 °C(本日の体温)

おたふくかぜ( 才)はしか( 才)

体重 Kg 身長 cm

風疹( 才)アトピー性皮膚炎( 才)

今日のお子さんの症状を○で囲んで下さい。

ぜんそく( 才)尿路感染症( 才)

その他( )

発熱 さむけ のどが痛い 咳

3. 入院したことがありますか？  
ない・ある 才の時 で入院した。

鼻水 鼻づまり

下痢 吐き気 嘔吐(はく)

食欲がない 元気がない 頭痛 腹痛

4. 現在治療中の病気がありますか？  
ない・ある で 病院通院中

発疹 掻痒感(かゆみ)

その他の症状

5. 予防接種  
ポリオ(1回・2回) BCG(未・済)  
三種混合(1期1. 2. 3回目 1期の追加)  
麻疹 風疹  
麻疹・風疹2種混合  
水痘 おたふくかぜ その他

いつからどんな症状がありますか。  
できるだけ、詳しく書いて下さい。

6. 薬を使って具合が悪くなったことがありますか？  
ない・ある 才の時 の薬で

7. 実家に帰省中の方は、ご記入下さい。  
実家の住所 〒

実家の電話番号

世帯主の方の名前