

# 小児科問診票

記入年月日


氏名 \_\_\_\_\_ 男 女

生年月日 ; 平成 年 月 日

電話番号 自宅 \_\_\_\_\_  
携帯・その他 \_\_\_\_\_

1 出生時の異常 なし  
あり(帝王切開なども具体的にお書き下さい)

2 今までの病気について記入して下さい。

- ・ 特になし
- ・ あり(下記に記入)

	具体的に	通院中の病院
心臓・血液疾患		
腎臓・肝臓疾患		
骨・筋肉疾患		
皮膚疾患		
耳・眼の疾患		
無熱性けいれん		
熱性けいれん		

	具体的に	通院中の病院
喘息		
アレルギー性鼻炎		
自閉症		
発達障害		
手術歴		
その他		

3 アレルギー (薬、注射、食物、ほこり、ペット、花粉、カビなど)

- ・ なし
- ・ あり(アレルゲンや症状を、具体的に記入して下さい)

4 下記の感染症につき◎を記入して下さい。

	かかった	ワクチン
麻疹(はしか)		
風疹(三日はしか)		
麻疹風疹混合ワクチン	期	期
水痘(みずぼうそう)		
おたふくかぜ		
RSウイルス		
百日咳		
突発性発疹症		
りんご病		

ワクチンを受けたものに◎		
BCGワクチン		
三種混合ワクチン	1期 1・2・3	追加
二種混合(小6)		
ポリオワクチン	1・2	
日本脳炎ワクチン	1期初回・追加	2期

↑ 連絡のあるワクチン

ヒブワクチン	回
B型肝炎ワクチン	1・2・3
A型肝炎ワクチン	
肺炎球菌ワクチン	初回 1・2 追加
子宮頸がんワクチン	
その他のワクチン	

↑ 希望して受けるワクチン

5 現在、内服中の薬がありましたら、小児科スタッフにお申し出下さい。

薬の名前が分かりましたら、ご記入下さい。

6 家族・親族にアレルギーや、伝えておきたい疾患がありましたら、ご記入下さい。