小児科問診票

記入年月日

氏名 _____ 男 ・ 女

生年月日： 年 月 日

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		1 ・ 2
水痘（みずぼうそう）		1 ・ 2
おたふくかぜ		1 ・ 2
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	
種混合ワクチン	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4
二種混合（小6）	
ポリオワクチン	
日本脳炎ワクチン	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4
ロタウイルス	1 ・ 2 ・（ 3 ）
ヒブワクチン	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4
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	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4
子宮頸がんワクチン	1 ・ 2 ・ 3
その他のワクチン	

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。 （裏面もご利用下さい）

（表に書き切れないときご利用下さい。）	

アレルギー結果貼付

家族のカルテ番号

ID	氏名	生年月日	続柄

蒲郡市民病院受診歴　　なし

あり　ID