

平成 年 月 日  
(受付時間： 時 分)

## 小 児 科 問 診 票

下記の質問にご記入いただき、保険証とともにご提示下さい。

フリガナ

氏名： \_\_\_\_\_ (男・女) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生 ( 歳 ヶ月)

住所： \_\_\_\_\_ TEL(自宅)： \_\_\_\_\_

よく利用する薬局： \_\_\_\_\_ TEL(携帯)： \_\_\_\_\_

体温： \_\_\_\_\_ °C 体重 \_\_\_\_\_ kg 以前に当院を受診されたことがありますか？  はい  いいえ

❖あなたのお子さんの発育歴についておたずねします。

出生体重 ( \_\_\_\_\_ ) g 分娩時に異常がありましたか？  あった  なかった

出生時に異常がありましたか？  あった  なかった

乳児健診で異常があるといわれたことがありますか？  ある  ない

❖今日体に具合の悪いところがありますか？  はい  いいえ

具体的な症状を書いてください。

[ \_\_\_\_\_ ]

それはいつ頃からですか ( \_\_\_\_\_ から)

❖一ヶ月以内に家族や遊び仲間に麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか？

はい  いいえ

病名 ( \_\_\_\_\_ )

❖生まれてから今までに家族など身のまわりに結核にかかった方がいましたか？  はい  いいえ

❖生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症その他の病気にかかり、  
医師の診察をうけていますか？  はい  いいえ

❖ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか？  はい  いいえ

❖薬や食品で皮膚に発疹やじんましんがでたり、体の具合が悪くなったことがありますか？  
 はい  いいえ

ご協力ありがとうございました。