

# 小児科問診表

ID		令和	年	月	日	
ふりがな	男 女	生年月日				
お名前		平成	令和	年	月	日
ご住所 〒						
携帯番号	身長		体重			
電話番号	cm		kg			
					(現在の熱 °C)	

◎今日は、どのような症状で受診されますか。

( )

◎症状は、いつからですか。

( )

◎これまでにかかった病気はありますか。

突発性発疹 ・ はしか ・ 風疹 ・ 水ぼうそう ・ おたふく ・ 百日咳 ・ 気管支炎  
喘息 ・ ひきつけ ・ その他( )

◎予防接種を受けましたか。

BCG ・ 四種混合(1回.2回.3回.追加) ・ 三種混合(1回.2回.3回.追加) ・ 二種混合  
ヒブワクチン(1回.2回.3回.追加) ・ 肺炎球菌(1回.2回.3回.追加) ・ ポリオ  
MRワクチン(1回.2回) ・ 日本脳炎(I期 1回.2回)(追加)(II期) ・ おたふく  
水ぼうそう ・ B型肝炎(1回.2回.3回) ・ ロタワクチン(1回.2回) ・ その他( )

◎食物・薬剤アレルギーは、ありますか。

ない ・ ある(食物・・・ 薬剤・・・ )

◎現在飲んでいる薬はありますか。

ない ・ ある( )

◎医師に伝えたいことはありますか。

( )



かるがも上尾クリニック