小児科問診票

年　　月　　日

来院時体温　　℃

フリガナ	
お名前	男 女

年齢	歳　　ヵ月	SPO_2	
身長	cm	HR	
体重	kg	BP	

本日はどうされましたか？

□ 発熱　□ 頭痛　□ せき　□ 鼻水　□ 発疹
□ 腹痛　□ 下痢　□ 吐いた　□ その他

その症状はいつからですか？

頃から

今回の症状でほかの病院を受診しましたか？

いいえ　はい（病院名　　）

その際処方された薬はありますか？

いいえ　はい（薬品名　　）

周囲で流行しているものはありますか？

いいえ　はい（インフルエンザ・おたふく・水痘・溶連菌・ロタ・ノロ
その他　　）

定期的に治療又は内服していますか？

いいえ　はい（病名　　）
（内服薬　　）

アレルギーはありますか？

①薬　　②食べ物

ない　ある（薬品名　　）　ない　ある（アレルゲン　　）

ご希望がありましたらいずれかに〇をお願いします

お薬は　粉薬　・　シロップ　・　錠剤　を希望します。

済んだ予防接種について〇をつけてください

・Hib（ヒブ）　1　2　3　追加	・MR（麻疹風疹混合）　1　2
・肺炎球菌　1　2　3　追加	・麻疹　1　2　・風疹　1　2
・四種混合　1　2　3　追加　2種混合	・B型肝炎　1　2　3
・三種混合　1　2　3　追加　2種混合	・ロタウイルス　1
・ポリオ　1　2　3　追加	・水痘　1　2
・BCG	・おたふくかぜ　1　2
・日本脳炎　1　2　追加　2期	・インフルエンザ（今季）　1　2

＊お薬手帳を持参の方は、お手元にご用意してお待ちください

＊症状により診察の順序が変わる場合がございます。ご理解・ご協力をお願い申し上げます。