

小児科初診問診票

お名前（ ）男・女 生年月日（ 年 月 日）

体重（ kg ） （ 保・幼・小・中）

(1) 当院を何でお知りになりましたか。○をつけて下さい。

家族が受診している・知人に聞いた・家が近い・ネット・その他（ ）

(2) 本日は、どんな症状で来院されましたか。いつ頃からかも詳しく書いてください。

(現在の体温： °C)

(3) 家族・周囲で同じ症状の人はいますか。（ ）

(4) 出生時の状況について

・在胎（ 週 日） ・出生体重（ ）g

・出生病院・産院名（堺市立総合医療センター・耳原総合病院・ベルランド総合病院
その他（ ））

・何か異常があり治療を受けましたか。

いいえ・はい（仮死・保育器の使用・光線療法・その他_____）

(5) これまでに受けた予防接種に○をつけて下さい。

ロタ（ロタリックス1回・2回/ロタテック1回・2回・3回）

ヒブ（1回・2回・3回・追加）・小児肺炎球菌（1回・2回・3回・追加）

B型肝炎（1回・2回・3回）・4種混合（1回・2回・3回・追加）・BCG

麻疹風疹（Ⅰ期・Ⅱ期）・水痘（1回・2回）・おたふく（1回・2回）

日本脳炎（1回・2回・追加・Ⅱ期）・2種混合（DT）・子宮頸がん（1回・2回・3回）

コロナ（接種回数： 最終接種日： ）

(6) これまでにかかった事のある病気に○をして下さい。

突発性発疹・水痘・おたふく・肺炎・熱性痙攣・川崎病・アトピー性皮膚炎・気管支喘息
鼻炎・その他（ ）

(7) これまでに入院されたことはありますか。

いいえ ・ はい →病名（ ）病院名（ ）

入院時の年齢（ 歳 ヶ月）入院期間（ ）

(8) これまでに薬や食べ物で、蕁麻疹が出たり体調が悪くなったことはありますか。

いいえ ・ はい（薬や食べ物の名前： ）

(9) 現在服用している薬はありますか。

いいえ ・ はい（薬名： ）

(9) ご兄弟はいますか。（いいえ ・ はい 人兄弟 番目 ）