

小児科問診票

ID: _____

ふりがな		性別		生年月日	年 月 日生	年齢	歳 力月
氏名							

1. いつから、どこが、どのような症状か具体的にご記入ください。

2. 今までに受けた予防接種に○をつけてください。

- | | |
|------------------------|-------------------|
| ① 四種混合 (1回・2回・3回・追加) | ⑩ ロタ (1回・2回) |
| ② ヒブ (1回・2回・3回・追加) | ⑪ おたふく (1回・2回) |
| ③ 小児肺炎球菌 (1回・2回・3回・追加) | ⑫ みずぼうそう (1回・2回) |
| ④ BCG | ⑬ A型肝炎 (1回・2回・3回) |
| ⑤ 三種混合 (1回・2回・3回・追加) | ⑭ B型肝炎 (1回・2回・3回) |
| ⑥ 生ポリオ (1回・2回) | ⑮ 麻疹(はしか) |
| ⑦ 不活化ポリオ (1回・2回・3回・追加) | ⑯ 風疹 |
| ⑧ MR (I期・II期) | ⑰ 二種混合 |
| ⑨ 日本脳炎 (1回・2回・追加・II期) | ⑱ 子宮頸癌 (1回・2回・3回) |

3. 予防接種で副反応が出たことがありますか? (なし・あり)

※ありの場合、何の予防接種で、どのような症状がでましたか?

(_____)

4. お子さんの出生時について教えてください。

生下時 体重 (_____ g) 身長 (_____ cm)

5. 今までにかかったことのある病気に○をつけてください。

- ・ 肺炎・RSウイルス・喘息・百日咳・クループ・みずぼうそう・おたふく・中耳炎
- ・ てんかん・熱性けいれん・川崎病・アトピー性皮膚炎・じんましん・花粉症・腎臓病・心臓病
- ・ その他の病気 (_____)

◇入院経験がある場合、病名、年齢をご記入ください。

(_____)

◇手術経験がある場合、病名、年齢をご記入ください。

(_____)

6. アレルギーについて教えてください。

- ・ お薬のアレルギー (なし・あり 内容: _____)
- ・ 食べ物のアレルギー (なし・あり 内容: _____)
- ・ その他のアレルギー (なし・あり 内容: _____)

7. その他

① 保育園・幼稚園・学校へ通っていますか? (はい・いいえ)

保育園・幼稚園・小学校・中学校・高校/園名・校名 (_____)

② かかりつけ医 (なし・あり) 病医院名 (_____)

8. 家族について (お子さん本人に◎をしてください)

(_____) 氏名					
祖父 (_____)	父 (_____)	職業 (_____)	氏名 (_____)	生年月日 (_____)	男・女 (_____)
祖母 (_____)	母 (_____)	職業 (_____)	(_____)	(_____)	男・女 (_____)
(_____)	(_____)	(_____)	(_____)	(_____)	男・女 (_____)
祖父 (_____)	(_____)	職業 (_____)	(_____)	(_____)	男・女 (_____)
祖母 (_____)	母 (_____)	職業 (_____)	(_____)	(_____)	男・女 (_____)
(_____)	(_____)	(_____)	(_____)	(_____)	男・女 (_____)
氏名 (_____)	(_____)	(_____)	(_____)	(_____)	男・女 (_____)

家族の中で下記の病気の方がいたら○をしてください。
(以前あった場合を含みます)

- アトピー性皮膚炎 (父・母・兄・姉・弟・妹・他 (_____))
- 気管支喘息 (父・母・兄・姉・弟・妹・他 (_____))
- 花粉症 (父・母・兄・姉・弟・妹・他 (_____))
- 食物・薬などのアレルギー (父・母・兄・姉・弟・妹・他 (_____))

※ 同居の家族を囲ってください。