

## 小児科予診票

下記について記入、又は○で囲んでください。もしご不明な点がございましたら、窓口でお聞きください。  
より良い診察を適切に行うためですので、お分かりになる範囲でご記入をお願いします。

ふりがな	男 女	生年月日	年	月	日生
お名前			( ) 才		
ご住所 〒			自宅電話番号：		
			携帯番号：		
その他連絡先電話番号：					

- 1) 今日はどうな症状でおいでになりましたか？  
 発熱 \_\_\_\_\_℃ いつから？\_\_\_\_\_ 喉の痛み 咳 鼻汁 鼻づまり・くしゃみ 頭痛 腹痛 眼脂（目ヤニ）  
 嘔吐（ 日前から、1日 回位あり、今日は 回）  
 下痢（ 日前から、1日 回位あり、今日は 回）  
 便通（黄色又は茶色、白っぽい、赤いところがある、泥状、水様）  
 発疹（ 日前から）、かゆみ（あり、なし）、部位はどこですか（ ）  
 元気は（普通、あまり元気がない、ぐったりしている）食欲や哺乳力（普通、いつもより少ない、ほとんどない）  
 その他（ ）
- 2) 通っているのは\_\_\_\_\_保育園、\_\_\_\_\_幼稚園、\_\_\_\_\_小学校、\_\_\_\_\_中学校  
 今、何か流行していますか？\_\_\_\_\_
- 3) お子さんの数\_\_\_\_\_人 このお子さんは\_\_\_\_\_番目
- 4) 出産 正常 ・ 異常 （どんな？）
- 5) 新生児期の異常 なし ・ あり （どんな？）
- 6) これまでに受けた予防接種 BCG・ポリオ・三種混合Ⅰ期、Ⅱ期・四種混合・二種混合  
 はしか・風疹・MRⅠ期、Ⅱ期・おたふくかぜ・水ぼうそう・日本脳炎・インフルエンザ  
 肺炎球菌ワクチン（プレベナー）・ヒブワクチン・その他（ ）
- 7) 今までどんな病気にかかりましたか はしか・おたふくかぜ・水ぼうそう・風疹・百日咳  
 川崎病・溶連菌感染症・その他（ ）
- 8) 手術を受けたこと なし ・ あり （何の？）
- 9) ひきつけを起こしたことがありますか  
 なし ・ あり （どんな時に？）
- 10) 薬を飲んでからの発疹や下痢 なし ・ あり （どんな薬？）
- 11) 食べ物のアレルギー なし ・ あり （牛乳・卵・その他）
- 12) 家族に 喘息 ・ アトピー性皮膚炎 ・ アレルギー性鼻炎 の人がいますか  
 いない ・ いる
- 13) ペットがいますか いない ・ いる （イヌ、ネコ、その他）

ご協力ありがとうございました。