

小児科予診票

下記について記入、又は○で囲んでください。もしご不明な点がありましたら、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) 今日どのよ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。