

## 小児問診票

氏名	ふりがな	生年 月日	平成 ・ 令和 年 月 日	性別	男 ・ 女
住所	〒				
電話	自宅：	携帯：			
緊急連絡先	( )				
身長	cm	／ 体重	kg	／ 体温	°C

今日はどうされましたか。	<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 喉の痛み <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 関節の痛み <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 腰痛 <input type="checkbox"/> 息苦しい <input type="checkbox"/> 胸痛 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> ふらつき <input type="checkbox"/> その他 ( )
症状はいつ頃からですか。	
現在治療中の病気はありますか	ない ある ⇒ ( )
現在お薬を飲んでいますか。	いいえ はい ⇒ ( )
今まで薬や注射でアレルギー が出たことありますか。	いいえ はい ⇒ ( )
今までにやった予防接種を 教えてください。	<input type="checkbox"/> ヒブ ( /4回) <input type="checkbox"/> 小児肺炎球菌 ( /4回) <input type="checkbox"/> B型肝炎 ( / 3回) <input type="checkbox"/> 四種混合 ( /4回) <input type="checkbox"/> MR ( ) <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> おたふく <input type="checkbox"/> DT <input type="checkbox"/> 日本脳炎 ( /4回) <input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> その他 ( )
今までにかかった病気 はありますか。	<input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> 麻疹 <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> その他 ( )
けいれん (ひきつけ) を おこしたことがありますか。	いいえ はい ⇒ ( 何歳の頃 )
出生時期・新生児期に何か 異常がありましたか。	いいえ はい ⇒ ( 何歳の頃 )
来院きっかけ	<input type="checkbox"/> 近所 <input type="checkbox"/> 通りがかり <input type="checkbox"/> 紹介 ( 様) <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 広告 <input type="checkbox"/> その他 ( )