

## 小児問診票

氏名	ふりがな	生年月日	平成・令和 年 月 日生 ( 歳)	性別	男・女
住所	〒				
電話	自宅：	携帯：			
緊急連絡先	( 様 )				
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 ⇒ ( )
今までにお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 )
ご来院きっかけ	<input type="checkbox"/> 近隣 ( <input type="checkbox"/> 稲沢市在住 <input type="checkbox"/> 一宮市在住 <input type="checkbox"/> その他 ( ) ) <input type="checkbox"/> 紹介 ( <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> 他院 ( ) ) <input type="checkbox"/> 広告 ( <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 病院検索サイト ) <input type="checkbox"/> その他 ( )