

# 小児科問診表

令和 年 月 日

No.

フリガナ	性別	生年月日
氏名	男・女	年 月 日 歳 ヶ月
住所 〒		
電話	体重	g・kg

- ① いつからどのような症状がありますか。
- ② くすりによるアレルギーがありますか？
- ・ある ( )
  - ・ない
- ③ 今までにどのような病気にかかりましたか？
- ・ぜんそく ・アトピー ・熱性けいれん ・突発性発疹 ・おたふく ・みずぼうそう
- ④ 予防接種はしましたか？
- ・ヒブ ・肺炎球菌（プレベナー） ・B型肝炎 ・4種混合 ・BCG ・MR（麻疹風疹）
  - ・水痘 ・おたふく ・ロタ ・日本脳炎 ・2種混合（DT） ・3種混合 ・ポリオ
- ⑤ その他、聞きたいことはありますか？
- ⑥ 当院をどこでお知りになりましたか？
- ・インターネット ・チラシ ・タウンページ ・通りがかりに見つけて
  - ・知り合いの紹介 ( )
  - ・その他 ( )

はたクリニック