

# 問診票(小児)

お名前

年齢 才 ヶ月 体重 kg

電話 (      -      -      )      記入日      年      月      日

① どのような症状で受診されましたか。 (○をご記入ください。)	耳、鼻、のど、せき、花粉症 発熱(      °C)、下痢、嘔吐、その他(      ) 症状：
② 今までに次のような病気をしたり、 検査で異常を指摘されたことがありますか。	1.ある 2.ない 1)ぜんそく 2)アトピー性皮膚炎 3)心疾患 4)腎疾患 5)アレルギー性鼻炎(花粉症など) 6)その他(      )
③ 他院で治療を受けていますか。	1.はい 2.いいえ
④ 服用中のお薬はありますか。	1 薬を飲んでいる。(外用薬も含む。) 1)病院で処方された薬 2)市販薬 2 薬は飲んでいない。
⑤ 食物でアレルギー症状が出たことは ありますか。	1.ある 2.ない 1)卵 2)牛乳 3)その他(      )
⑥ 薬、麻酔などで副作用が出たことは ありますか。	1.ある 2.ない 時期、内容：
⑦ 何らかの成長発達障害がありますか。	1.ある 2.ない 1)低体重児 2)ダウン症候群 3)自閉症 4)精神身体発達遅滞 5)その他(      )
⑧ 手術を受けたことがありますか。	1.ある 2.ない
⑨ 3歳以下のお子さんへ： 保育園に通園していますか。	1.はい 2.いいえ
⑩ 服用する薬の希望を1)~4)の中から 1つ選んで○をして下さい。	1)粉薬のみ 2)粉とシロップ混合 3)シロップのみ 4)錠剤(カプセル可・不可)
⑪ 今まで熱性痙攣をおこした事がありますか。	1.はい(      才頃まで) 2.いいえ
⑫ ご希望ありましたらお書き下さい。	