

# やまて小児科・アレルギー科 問診表

母子手帳・お薬手帳を受付にお預けください

ふりがな

氏名 \_\_\_\_\_ 男・女 \_\_\_\_\_  
 ( \_\_\_\_\_ 才 \_\_\_\_\_ か月) (体重 \_\_\_\_\_ kg) (体温 \_\_\_\_\_ °C)

---

生年月日 S・H \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_\_ 人中 \_\_\_\_\_ 番目)

現住所 (帰省中の方は帰省先住所・電話もお願いします)  
 〒 \_\_\_\_\_

---

電話 自宅 \_\_\_\_\_ 携帯 \_\_\_\_\_ (父・母)

①症状をご記入ください

いつから ( \_\_\_\_\_ )

症状 ( \_\_\_\_\_ )

②発達・成長についてご記入下さい

妊娠中何か気になることはありましたか

ない・ある ( \_\_\_\_\_ )

出生時体重 ( \_\_\_\_\_ g) 出生時週数 ( \_\_\_\_\_ 週)

発達成長について何か気になる点がありますか

ない・ある ( \_\_\_\_\_ )

③現在他の病院に通院中の病気はありますか ない・ある

( \_\_\_\_\_ )

④今までかかった主な病気を教えてください

突発性発疹・はしか・風疹・水ぼうそう・おたふくかぜ・百日咳

溶連菌感染症・喘息・中耳炎・肺炎・痙攣・その他 ( \_\_\_\_\_ )

⑤薬や、食べ物のアレルギーがあればご記入ください

⑥薬についてご希望がありますか

薬の種類 (粉・シロップ・錠剤)

抗生剤 (症状に応じて使用する・出来るだけ使用しない)

ステロイド軟こう (症状に応じて使用する・出来るだけ使用しない)

漢方薬 (積極的に使用する・使用しない・どちらでもない)

⑦今まで受けた予防接種はありますか

ヒブ ( \_\_\_\_\_ 回)  肺炎球菌 ( \_\_\_\_\_ 回)  BCG  ポリオ ( \_\_\_\_\_ 回)

三・四種混合 ( \_\_\_\_\_ 回)  ロタウィルス ( \_\_\_\_\_ 回)

麻疹・風疹ワクチン ( \_\_\_\_\_ 回)  日本脳炎 ( \_\_\_\_\_ 回)

おたふく  水痘 ( \_\_\_\_\_ 回)  子宮頸がん ( \_\_\_\_\_ 回)

⑧ 当院を何でお知りになりましたか

知人・友人より  インターネットやホームページを見て

保健所の健診で  電話帳で  看板を見て

その他 ( \_\_\_\_\_ ) ご記入有難うございました