カルテNo.

氏　名

生年月日　　性別

科　別
病棟名　　Dr.　　日付

姫路赤十字病院

小児科・小児外科問診票

氏名　　〔性別　男・女〕

〔年齢　　歳　　ヶ月〕　〔身長　　cm〕　〔体重　　kg〕

→ 計測日（　　月　　日）

下記の質問に対して該当するものにチェック☑印または記入をしてください。

1．主な受診理由をお聞かせください。

□発熱（　　℃）　□発疹　□咳　□鼻水　□喘鳴　□嘔吐　□下痢
□腹痛　□頭痛　□痙攣　□その他（　　）

いつからですか？

（　　）

どのような症状ですか？

（　　）

どこかの病院にかかりましたか？

□いいえ　□はい →（病院（医院）名：　　）

2．薬や食事などでアレルギーがでたことがありますか？または現在避けているものはありますか？

□なし　□あり →（　　）

3．今までにかかった大きな病気がありましたら記入してください。

（　　）

4．保育園・幼稚園・学校・近辺で流行している病気がありましたら記入してください。

（　　）

5．予防接種についてお聞かせください。

①B　C　G：□予防接種済　□予防接種未
②生･不活化ポリオ：□予防接種済【（　　）期（　　）回まで】　□予防接種未
③三種・四種混合：□予防接種済【（　　）期（　　）回まで】　□予防接種未
④麻疹風疹混合：□予防接種済（Ⅰ期・Ⅱ期）　□予防接種未
⑤水痘：□予防接種済　□予防接種未　□罹患済　（　　）歳
⑥おたふくかぜ：□予防接種済　□予防接種未　□罹患済　（　　）歳
⑦日本脳炎：□予防接種済（Ⅰ期（1回・2回・追加）・Ⅱ期）　□予防接種未
⑧Hib：□予防接種済（1回・2回・3回・4回）　□予防接種未
⑨肺炎球菌：□予防接種済（1回・2回・3回・4回）　□予防接種未
⑩ロタ：□予防接種済（1回・2回・3回）
⑪インフルエンザ：□予防接種済（1回・2回）＿＿＿月
⑫2週間以内に受けた予防接種：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿