

問診表 (小児)6歳未満

ふりがな

お名前

様 (男の子・女の子)

年齢 ()歳()ヶ月 体重 ()kg

現在の体温 ()度

◎今日の主な症状 (にチェックしてください)

- 発熱 鼻水、咳、喉の痛み 腹痛、下痢、嘔吐
 発疹 頭痛
 みずぼうそう、おたふくかも その他 ()

- ① 出生時体重()g 在胎週数()週
② 出生時、もしくは分娩時、乳児健診時などに何か指摘されたことがありますか？
 いいえ はい
③ これまでに何か特別な病気、手術、入院などはありますか？
 いいえ はい→()
④ これまでに何らかのアレルギーを指摘されたことはありますか？
 いいえ はい→(食物アレルギー アトピー性皮膚炎 喘息)
⑤ 熱性けいれんを起こしたことがありますか？
 いいえ はい
⑥ 薬で体調を崩したり、発疹が出たりしたことはありますか？
 いいえ はい
⑦ 血縁者にアトピー性皮膚炎もしくは喘息の方はいらっしゃいますか？
 いいえ はい→(喘息 アトピー性皮膚炎)どなたですか()
⑧ 血縁者にその他のアレルギー疾患(花粉症など)のある方はいらっしゃいますか？
 いいえ はい
⑨ 同居者に喫煙習慣のある方はいらっしゃいますか？
 いいえ はい
⑩ 同居者の人数をおきかせください。(ご本人を含めての人数)
 1人 2人 3人 4人 5人 6人以上
⑪ 1カ月以内に海外に行っていますか？
 いいえ はい(渡航先)

《アンケートにご協力ください》

<ご来院のきっかけをおきかせください。>

- 近所に住んでいる 家族がかかっている
 ホームページをみて くちコミ 紹介