

小児問診表

ご紹介者()

(フガナ)

氏名() 平成 年 月 日生
()才 ()ヶ月

住所()

電話番号() () - ()

体重()Kg ・ 分 娩 [正常 ・ 異常]

今までに受けられた予防接種に 、かかれた病気に×を付けてください。

MR 麻疹 風疹 水痘 四種 肺炎球菌 BCG ポリオ
おたふく インフルエンザ 百日咳 日本脳炎 ヒブワクチン
他()

使用できない薬に を付けてください。

[水薬 こな薬 錠剤 坐薬]

現在の病状について教えてください。

の病状に対して薬の使用は？ [有 ・ 無]
薬剤 () いつ頃()

今までに熱性のけいれんは？ [有 ・ 無]

アレルギーは？ [有 ・ 無]
薬剤 () 食物 ()
病気 [アトピー ・ ぜんそく ・ 他]

今まで入院・手術・長期間の通院は？ [有 ・ 無]
病名 () 病院名 ()
いつ頃 () 期間 ()

現在治療中の病気は？ [有 ・ 無]
病名 () 病院名 ()
いつから () 薬剤名 ()