



# 小児科問診票

かな  
氏名 \_\_\_\_\_

生年月日  
平成・令和\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

体温 \_\_\_\_ °C 体重 \_\_\_\_ Kg

携帯電話番号： ( )  
保育園・幼稚園・学校名：

今日はどうされましたか？

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

いつからどのような症状ですか？

(例：嘔吐 ( 2日前 から 5回ほど ) )

発熱 ( から 最高 °C )

咳 ( から )

鼻水 ( から )

下痢 ( から 回/日 )

腹痛 ( から )

吐き気・嘔吐 ( から 回 )

頭痛 ( から )

発疹 ( から )

その他何かあれば下記の枠に記載してください

園や学校、周囲で流行している感染症はありますか？

インフルエンザ・新型コロナ・アデノ・RS・手足口病・  
胃腸炎（ノロ・ロタ）・溶連菌感染症・マイコプラズマ  
ヒトメタニューモウイルス・その他 ( )

ご家族で下記の疾患にかかっている方はいますか？

インフルエンザ・新型コロナ・その他 ( )

現在治療中・治療を受けたことがある病気やアレルギーはあ  
りますか？ なし・ある (熱性痙攣・てんかん・喘息・

花粉症 アトピー性皮膚炎・アレルギー性鼻炎・食物アレル  
ギー・その他 ( ) )

現在処方されているお薬はありますか？

なし・あり※お薬手帳などあらかじめご用意をお願いします

## 小児科を初めて受診される方は以下もご記入ください。

生まれた時のことについてお伺いします。

在胎週数 週 日 出生体重 g 分娩方法：普通・帝王切開・その他 ( )

出生前後で何か異常はありましたか？：なし・あり ( )

次の疾患の中で今までかかったことのある病気はありますか？

突発性発疹・みずぼうそう・おたふくかぜ・麻疹・風疹・溶連菌・川崎病

今まで入院されたことはありますか？：いいえ・はい (病名： )

お薬・食べ物で何か症状が出たことはありますか？

なし・あり (薬の名前・食べ物の種類： 症状： )

何人兄弟ですか？：(例 (5) 人兄弟 [ (兄：13歳) (姉：11歳) (妹：6歳) (弟：4歳) ] )

( ) 人兄弟 [ ( : 歳) ( : 歳) ( : 歳) ( : 歳) ]

予防接種について：未 (接種していない)・接種した回数 (1回接種のワクチンは済) に○をしてください)

ロタ (未・1・2・3) BCG (未・済) 日本脳炎I期 (未・1・2・3)

B型肝炎 (未・1・2・3) 麻疹・風疹 (未・1・2) 日本脳炎II期 (未・済)

肺炎球菌 (未・1・2・3・4) 水痘 (未・1・2) 二種混合 (未・済)

五種混合 (未・1・2・3・4) おたふくかぜ (未・1・2) 子宮頸がん (未・1・2・3)

(五種混合以外を接種の方)

ヒブ (未・1・2・3・4) 四種混合 (未・1・2・3・4) 三種混合 (未・1・2・3・4)

ポリオ注射 (未・1・2・3・4) 経口ポリオ (未・1・2)