

小児科予診票

ふりがな			本日の体温	度	分
患者氏名			体重	kg	
生年月日	平成	年	月	日	(男・女)
年齢	才	カ月			
住所	〒 _____				
連絡先	携帯番号	-	-	自宅	- -

下記の質問事項をご記入下さい。

病院に来た理由 <small>※該当するものに○印</small>	熱 ・ 咳 ・ 鼻水 ・ 下痢 ・ 嘔吐 ・ 頭痛 予防接種 ・ 乳児健診 ・ その他 () ※症状はいつから始まりましたか? (月 日ごろから)				
便と尿の様子	昨日 ~ 今日	便	回	尿	回 ・ 食欲 (有 ・ 無)
	いつも	便	回	尿	回
出生時の体重	_____ グラム(妊娠 週)				
予防接種歴 <small>※接種済みのものに○印</small>	ヒブ	1回目	2回目	3回目	追加
	小児用肺炎球菌	1回目	2回目	3回目	追加
	四種混合	1回目	2回目	3回目	追加
	日本脳炎	1回目	2回目	追加	II期
	麻疹・風疹	MR 1回目	MR 2回目		
	水痘	1回目	2回目		
	ロタ	1回目	2回目		
	ポリオ(不活化)	1回目	2回目	3回目	追加
	BCG	1回	おたふく	1回目	2回目
既往症	麻疹 才 ・ 風疹 才 ・ おたふく 才 ・ 水痘 才 その他 今までにかかった大きな病気 ()				
アレルギー	無 ・ 有 ()				
家族歴 <small>(お子さんからみた)</small>	父 才	健康・病気療養中・死	母 才	健康・病気療養中・死	
	兄弟姉妹はいますか?		無 ・ 有 ()		
現在保育園(幼稚園を除く)に通われていますか?または通う予定がありますか?			無 ・ 有 ()		