

# 問診表 (こども用)

記入日 平成 年 月 日

フリガナ

氏名 \_\_\_\_\_ 男・女 生年月日 平成 年 月 日

住所 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_ ( )

**薬歴** 今までにお薬で調子が悪くなったことがありますか？ (あり・なし)

薬品名 注射名 \_\_\_\_\_

**妊娠・分娩歴**

妊娠中・分娩時の問題(あり・なし) お産(軽い・普通・重い・帝王切開) 出生体重 \_\_\_\_\_ g

それはどんな問題でしたか？ 予定日 ( ) 日(早い・遅い)

\_\_\_\_\_ 黄疸治療 (あり・なし)

**既往歴** 今までにかかった病気に○をつけてください

麻疹・風疹・おたふくかぜ・水痘・百日咳・突発性発疹・中耳炎・副鼻腔炎・肺炎・尿路感染症・心臓病・  
溶連菌感染症・川崎病・けいれん・発達障害・蕁麻疹・アトピー性皮膚炎・気管支喘息・喘息性気管支炎  
アレルギー性鼻炎・アレルギー性結膜炎

上記以外の病気 (あり・なし) 病名 \_\_\_\_\_ ・ \_\_\_\_\_ 才

入院したこと (あり・なし) 病名 \_\_\_\_\_ ・ \_\_\_\_\_ 才

手術したこと (あり・なし) 病名 \_\_\_\_\_ ・ \_\_\_\_\_ 才

常用薬 (あり・なし) 病名 \_\_\_\_\_ ・ \_\_\_\_\_ 才

**予防接種歴** 済んだものに○をつけてください。(1回でも接種しているものも含む)

ポリオ・BCG・ロタ・ヒブ・肺炎球菌・三種混合・四種混合・二種混合・麻疹風疹・日本脳炎・水痘  
おたふく・B型肝炎・A型肝炎

**家族構成と病歴** 本日診察される方を⑦本人の欄にご記入してください。本人を中心とした家族構成をご記入いただき、大きな病気をされた方(持病も含む)は数字と病名を一覧表にお書きください。

①父方祖父 \_\_\_\_\_ 才・⑤父 \_\_\_\_\_ 才・⑦本人 \_\_\_\_\_ 才

② 祖母 \_\_\_\_\_ 才・

⑧兄弟 \_\_\_\_\_ 才

③母方祖父 \_\_\_\_\_ 才・⑥母 \_\_\_\_\_ 才・⑨姉妹 \_\_\_\_\_ 才

④ 祖母 \_\_\_\_\_ 才・ ⑩ \_\_\_\_\_ 才

⑪ \_\_\_\_\_ 才

| 家族病名一覧表 |           |
|---------|-----------|
| 例       | ①脳出血 ②甲状腺 |
| _____   | _____     |
| _____   | _____     |
| _____   | _____     |