

なのはな内科アレルギー科

問 診 票(小児用)

ふりがな									
氏名								男・女	
生年月日	H・R	年	月	日	歳			ヵ月	
住所								体重 (	kg)
TEL								携帯	

診察を円滑に行うため、お分りの範囲内でお書きください

1. 今日どのような事でいらっしゃいましたか。  
(いつからどのような症状が起こったか、なるべく具体的にお書きください)
2. ここは何で知りましたか。 ホームページ 人から聞いて 他院からの紹介 その他:
3. 今まで下記の病気にかかった事がありますか。  
麻疹(はしか) 水痘(みずぼうそう) おたふくかぜ(流行性耳下線炎) 風疹 百日咳  
突発性発疹症 ひきつけ(けいれん) その他:
4. 今までに大きな病気や入院をしたことがありますか。  
ない・ある(病名: )
5. 現在治療中の病気がありますか。  
ない・ある(疾患名 )  
内服している薬の種類、名前
6. 今までに受けた予防接種はありますか。  
BCG ポリオ 四種混合 二種混合 麻疹風疹混合(MR) 日本脳炎 水痘(みずぼうそう)  
おたふくかぜ 麻疹(はしか) 風疹 ヒブ 小児用肺炎球菌 その他:
7. 今まで下記のアレルギー性疾患を指摘されたことがありますか。  
気管支喘息 アレルギー性鼻炎 アトピー性皮膚炎 じんま疹 食物アレルギー
8. ご家族の方でアレルギー体質の方はいますか。 いない・いる・わからない
9. 食物・薬・注射などで発疹が出たり、体の具合が悪くなったことがありますか。  
ない・ある(品名 )

ご協力ありがとうございました。