

# 小児科 初回 問診票 (下記の項目について記入もしくは○で囲んで下さい)

ふりがな		生年月日	明・大・昭・平
患者氏名	男・女		年 月 日
住 所	〒	電話番号	

## 1. お子さまの生まれたときの状態についてお答え下さい。

- (1) 体重は？ ( ) グラム
- (2) お子さんを妊娠していた時、何か異常がありましたか？ ( 有 ・ 無 )
- (3) お産の状態は？ ( 正常 ・ 異常 )

## 2. これまでに受けた医療関係事項についてお答え下さい。

- (1) 今までに受けた予防注射は？また、病気にかかったことは？ (○をつけて下さい)

	予防注射	病気にかかった
・三種混合 (DPT、PT)	( )	( )
・ポリオ	( )	( )
・麻疹 (はしか)	( )	( )
・おたふくかぜ	( )	( )
・風疹	( )	( )
・水痘 (みずぼうそう)	( )	( )
・ツベルクリン	( )	( )
・BCG	( )	( )

※結核 (うたがい) でおくすりを飲みましたか？ ( はい ( ) ヶ月) ・ いいえ )

- (2) 今までにかかった病気は？ (かかった年月、分からなければ○をつけて下さい)

・肺炎 ( )	・突発性発疹 ( )
・喘息 ( )	・熱性けいれん ( )
・アレルギー性鼻炎 ( )	・髄膜炎 ( )
・アトピー性皮膚炎 ( )	
・その他 ( ) ( ) ( )	

- (3) 現在、他の病気などで治療を受けていますか？ ( はい ・ いいえ )

「はい」と答えた方は、治療中の病名・病院・治療内容をお答え下さい。

病名 ( ) 病院 ( ) 薬 ( あり ・ なし )

- (4) くすり・食べ物でアレルギーはありますか？ ( あり ・ なし )

「あり」と答えた方は、何というくすり・食べ物で、どのような症状でしょうか？  
( )

## 3. ご家族についてお答え下さい。

・父	年 月生	・兄弟姉妹	年 月生 ( 男 ・ 女 )
職業 ( )			年 月生 ( 男 ・ 女 )
・母	年 月生		年 月生 ( 男 ・ 女 )
職業 ( )			年 月生 ( 男 ・ 女 )