

小児科 初回 問診票

ふりがな		生年月日	年	月	日
患者氏名			男・女		
住所	〒	電話番号	(自宅)		
			(携帯)		

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) 出生体重は？ () 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？ (なし ・ あり)
- (3) お産の状態は？ (自然分娩 ・ 帝王切開 ・ その他特記事項 ())
- (4) お子さまの発達状態で気になることがありますか？ (言語、運動、精神発達、など)

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？ (☑をつけて下さい)

- ①口タ () ⑤BCG () ⑨二種混合 ()
- ②Hib () ⑥ポリオ () ⑩おたふくかぜ ()
- ③肺炎球菌 () ⑦麻疹・風疹 () ⑪水痘(みずぼうそう) ()
- ④三種混合 () ⑧日本脳炎 ()

(2) 今までにかかった病気は？ (いつかかったか、わかれば時期も記入して下さい。)

- ・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 () ・水痘 ()
- ・麻疹(はしか) () ・おたふくかぜ ()
- ・風疹 () ・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」に○をつけた方は、治療中の病名・病院名・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」に○をつけた方は、何という薬、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)
- 年 月生 (男 ・ 女)
- ・母 年 月生 年 月生 (男 ・ 女)
- 職業 () 年 月生 (男 ・ 女)