

問診票(小児)・初診

初めて受診された方へ 診察を円滑にするため、次の質問にお答え下さい

フリガナ

お名前 _____ (男・女) 記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

保護者名(続柄) _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 才 _____ ヶ月) _____ 託児所 幼稚園
保育園・学校

住所 〒 _____ 都道府県 _____ 市町村 _____ 区
_____ 建物 _____ 自宅電話 (_____) _____

昼間の連絡先(自宅以外の場合) (_____) _____ 連絡先名 _____

1. お子さまが生まれたときのようすは? 出生体重 _____ g

お産は正常でしたか? 正常・異常(帝王切開・かんし 吸引分娩)

予定日より(早すぎた・正常・遅すぎた)妊娠 _____ 週 _____ 日

元気な赤ちゃんでしたか?(正常・異常 _____)

赤ちゃんの時、栄養は? 母乳(おっぱい)・人工乳(ミルク)・混合 離乳開始は? _____ ヶ月

2. これまでにかかったことのある病気は?

はしか 風しん 水ぼうそう おたふくかぜ

百日ぜき 突発性発しん 湿しん じんましん

ぜんそく アレルギー性鼻炎 花粉症 アトピー性皮膚炎

黄だん ひきつけ・けいれん 中耳炎 ちくのう

川崎病 心臓病 その他(_____)

3. これまで受けたことのある予防接種ワクチンや治療は? 四種混合、ヒブ、肺炎球菌、ロタ

B型肝炎、BCG、麻疹(はしか)、風疹、水ぼうそう、日本脳炎、二種混合、HPV(ヒトパピローウイルス)

おたふくかぜ、インフルエンザ、ジジス、カンマゲロリン、輸血、手術、その他(_____)

5. 食品や薬その他の物質で発疹が出たり、具合が悪くなったことがありますか?

本人=ない、ある(_____) 家族=ない、ある(_____)

6. 家族に次の病気の方がいますか? 結核(_____)、心臓病(_____)、腎臓病(_____)、ぜんそく(_____)、

じんましん(_____)、アレルギー性鼻炎・花粉症(_____)、アトピー性皮膚炎(_____)、

肝臓病(_____)、貧血(_____)、ひきつけ(_____)、その他(_____)

7. ご家族構成 父 _____ 歳、母 _____ 歳、同居人数 _____ 人

兄弟全員で _____ 人、 この子は _____ 番目

ご協力ありがとうございました。医療法人聖橋堂 澤田こどもクリニック