小児科初診 問診表

No.

(フリガナ) 氏名		生年月日	昭和 平成 令和　　年　　月　　日	男 女
住所	〒　　-	TEL	-　　-	
保育園・幼稚園・学校名				

1. 今日はどうされましたか？

2. 今までに特別な病気をしたことがありますか？

(ない ・ ある)

心臓病 ・ 腎臓病 ・ 喘息 ・ ひきつけ ・ 川崎病 ・ 他 ＿＿＿＿＿＿＿＿

3. 本人またはご両親にアレルギー (薬も含め) はありますか？

本人 (ない ・ ある)「ある」の場合具体的に ＿＿＿＿＿＿＿＿

両親 (ない ・ ある)「ある」の場合具体的に ＿＿＿＿＿＿＿＿

4. 兄弟または姉妹はいらっしゃいますか？

(いない ・ いる) 差し支えなければお名前と年齢をお書きください

＿＿＿＿＿＿＿＿ (歳) ＿＿＿＿＿＿＿＿ (歳) ＿＿＿＿＿＿＿＿ (歳)

5. ご家族に病気の方はいらっしゃいますか？

(いない ・ いる)「いる」場合は具体的にお書きください

6. お子さんの出産と新生児期について

出産病院 ＿＿＿＿＿＿＿＿ 出産週数 ＿＿＿＿＿＿＿＿ 週 出産体重 ＿＿＿＿＿＿＿＿ g

・出産時に異常はありませんでしたか？ (ない ・ ある) **・保育器の使用** (なし ・ あり)

前早期破水　吸引分娩　鉗子分娩　帝王切開　臍帯巻絡　羊水混濁　胎児心音微弱　他

・新生児黄疸は (軽かった ・ 重かった) **・光線治療を** (受けた ・ 受けなかった)

7. 発達で気になる事がありましたか？

(ない ・ ある)「ある」場合は具体的にお書きください

8. 受けた事のある予防接種に○を付けてください

ロタ　B 型肝炎　肺炎球菌　5 種混合　B.C.G　4 種混合 ヒブ　3 種混合 ポリオ　MR (麻疹・風疹混合)　おたふく　水痘　日本脳炎　2 種混合　子宮頸がん

9. かかったことのある病気に○を付けてください

はしか　おたふくかぜ　みずぼうそう　風疹　その他 ＿＿＿＿＿＿＿＿

10. 当院をどのようにしてお知りになりましたか？

丹小児科で受診していた　知人　広告　看板　ＨＰ

その他 ＿＿＿＿＿＿＿＿