

小児科初診 問診表

No.

(フリガナ)		生年月日	平成	年	月	日	男女
氏名			令和				
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

口タ ヒブ 肺炎球菌 四種混合 B.C.G ポリオ 三種混合 MR(麻疹・風疹混合) おたふく 水痘 日本脳炎 二種混合 B型肝炎

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 _____