

小児科新患問診票

ID:

記入日 西暦 年 月 日
記入者 父・母・祖父・祖母・その他 ()

フリガナ		男 ・ 女	生年月日	西暦	年	月	日
お名前			年齢		歳		ヶ月
学校・施設							

診察を受けられるにあたって、必要な情報をお聞かせ下さい。お聞きした内容や患者様のお名前は診察以外に使用しません。又、使用後は適切な方法で処理させていただきます。

【本日はどうされましたか？】

- 発熱 頭痛 咳 鼻水 下痢 吐く 腹痛
 湿疹 発疹 じんま疹 その他 ()

いつからですか？ () から

（その他お聞きになりたいこと）

体温： . . . °C 体重： . . . kg 身長： . . . cm

- | | |
|----------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 気管支炎 | <input type="checkbox"/> 中耳炎 |
| <input type="checkbox"/> 肺炎 | <input type="checkbox"/> 蓄膿症 |
| <input type="checkbox"/> マイコプラズマ | <input type="checkbox"/> ひきつけ |
| <input type="checkbox"/> 百日咳 | <input type="checkbox"/> てんかん |
| <input type="checkbox"/> 突発性発疹症 | <input type="checkbox"/> 頭部外傷 |
| <input type="checkbox"/> みずぼうそう | <input type="checkbox"/> 骨折 |
| <input type="checkbox"/> おたふくかぜ | <input type="checkbox"/> 肥満 |
| <input type="checkbox"/> 扁桃炎 | |
| <input type="checkbox"/> 川崎病 | |
| <input type="checkbox"/> その他 () | |

【入院歴】

- なし
 あり ()

【手術歴】

- なし
 あり ()

【体質について】

- ぜいぜいしやすい
 風邪をひきやすい
 吐きやすい
 下痢しやすい
 便秘しやすい
 その他 ()

【出生状況】

- ①出生時体重 (. . . g)
②分娩時の異常
 なし
 あり (骨盤位・帝王切開・仮死・低血糖・その他)
③妊娠期間 妊娠 (. . .) 週

【家族】 一緒にお住まいの方

父・母・祖父・祖母・兄・姉・弟・妹
その他 ()

①アレルギーと言われたことは

- なし
 あり (西暦 年 月 日)
(歳 ヶ月)

※ありの方は、下記にチェックを入れてください

- 食物アレルギー
 気管支喘息
 アトピー性皮膚炎
 アレルギー性鼻炎
 アレルギー性結膜炎
 花粉症
 蕁麻疹
 アナフィラキシー
 その他 ()

②薬物アレルギーはありますか？

- なし
 あり (薬：)

【今までに受けた予防接種】

ヒブ . . . 1回・2回・3回・追加
小児肺炎球菌 . . . 1回・2回・3回・追加
B型肝炎 . . . 1回・2回・3回
ロタ . . . 1回・2回
4種混合 . . . 1回・2回・3回・追加
BCG . . . 1回
MR混合 . . . 1期・2期
みずぼうそう . . . 1回・2回
おたふく . . . 1回・2回
日本脳炎 . . . 1期1回・1期2回
1期追加・2期
子宮けいがん . . . 1回・2回・3回
2種混合 . . . 2期

【予防接種で副反応】

- なし
 あり (症状：)

【その他】 お支払いなどで ご心配な方はご相談ください