

問診票

・本日クリニックにご来院されたきっかけは何ですか？

ホームページ 兄弟が受診している 電柱広告 早実前の看板
友人から聞いた 保健師さんに聞いた 通りがかり
他院からの紹介() その他()

ふりがな
お名前 _____ 年齢 歳
_____ 体重 Kg

保育園 幼稚園 学校 (園名・校名 _____)

●本日診察を受けにいらした理由

今の体温(°C)
発熱(最高体温 °C) せき 鼻水 喘鳴(ゼーゼー・ヒューヒュー)
呼吸が苦しい のどが痛い 下痢(回/日) おう吐(回/日)
腹痛 頭痛 発疹 夜尿 その他(_____)

●お子様の状態(○をつけてください)

比較的元気ですか？ はい 不良
機嫌はいかがですか？ 良い 不良
食欲はいかがですか？ あり 不振
尿は出ていますか？ いつも通り 少ない

●妊娠・分娩歴(わかる範囲でご記入下されば結構です)

妊娠中の異常 なし あり(_____)
生まれたのは 妊娠()週
予定日 / 予定日より()日前 ()日後
お産の状態は 自然分娩 帝王切開(理由:前回帝王切開 その他 _____)
生まれた時 異常なし 異常あり(_____)
出生体重()g 身長()cm
新生児黄疸 正常範囲 治療した(光線療法・交換輸血)

●発達(わかるところだけご記入下されば結構です)

首がすわる()ヶ月 おすわり()ヶ月 はいはい()ヶ月
つかまり立ち()ヶ月 伝い歩き()ヶ月 ひとり歩き()ヶ月
意味のある言葉()ヶ月 2語文()ヶ月

お手数ですが、裏面もお願いします。

●既往歴(○をつけてください)

麻疹 水痘 風疹 百日咳 おたふく風邪 溶連菌感染症
 気管支炎 肺炎 中耳炎 副鼻腔炎 膀胱炎 腎盂腎炎
 気管支喘息 アレルギー性鼻炎 アトピー性皮膚炎 蕁麻疹
 食物アレルギー() 薬剤アレルギー()
 熱性けいれん()歳 その他()

●ご家族についてご記入ください

	年齢	身長	病気の有無	アレルギーの有無
父				鼻炎・蕁麻疹・喘息・食物
母				鼻炎・蕁麻疹・喘息・食物
第1子				鼻炎・蕁麻疹・喘息・食物
第2子				鼻炎・蕁麻疹・喘息・食物
第3子				鼻炎・蕁麻疹・喘息・食物
第4子				鼻炎・蕁麻疹・喘息・食物

本日受診のお子様にお(第1,2,3,4子の部分)をつけてください。

●予防接種(○をつけてください)

ヒブワクチン 未 1・2・3回目 追加
 肺炎球菌ワクチン 未 1・2・3回目 追加
 B型肝炎ワクチン 未 1・2・3回目 追加
 ロタワクチン 未 1・2・3回目
 四種混合 未 1・2・3回目 追加
 BCG 未 済
 MR(麻疹・風疹ワクチン) 未 1期(1歳) 2期(小学校就学前)
 水ぼうそう 未 1・2回目
 おたふく 未 1・2回目
 日本脳炎 未 1期1回目 1期2回目 1期追加 2期
 ポリオ 未 1・2・3回目 追加
 子宮頸がんワクチン 未 1・2回目 追加
 予防接種による副反応の既往 なし あり
 ありの方はワクチン名と症状をご記載ください()

●続けて飲んでいらっしゃる薬があれば、お書きください

