～当院を初めて受診される患者様についてお願いします～

1. 出生時の状況について

①妊娠中の異常はありましたか？　（　　）

②出生時体重　（　　g）

③出生週数　（　　週　　日）

④分娩状態はどうでしたか？

☐ 正常　☐ さかご　☐ 双子　☐ 帝王切開　☐ 鉗子（かんし）　☐ 吸引分娩

⑤出生時の異常はありましたか？　（　　）

2. かかったことがある病気をチェックしてください。

☐ 麻疹（はしか）　☐ 風疹　☐ 水ぼうそう　☐ おたふくかぜ　☐ 百日咳

☐ 溶連菌感染症　☐ 川崎病　☐ 喘息　☐ アレルギー性鼻炎　☐ アトピー性皮膚炎

☐ じんましん　☐ けいれん（熱あり）　☐ けいれん（熱なし）　☐ てんかん　☐ 中耳炎

☐ 心臓病　☐ 肝炎　☐ 腎炎　☐ その他（　　）

3. 今までに入院、手術の経験はありますか。それはいつ頃ですか。

●入院：（　　）　いつ頃：（　　）

●手術：（　　）　いつ頃：（　　）

4. 受けたことがあるワクチンをチェックしてください。

☐ BCG　☐ ポリオ　☐ 三種混合　☐ 二種混合　☐ 日本脳炎　☐ 麻疹（はしか）

☐ 風疹　☐ 水ぼうそう　☐ おたふくかぜ　☐ MR（麻疹・風疹混合）　☐ ヒブワクチン

☐ 肺炎球菌ワクチン　☐ その他（　　）

～小児科問診票～

☆ 熱（　　℃）　☆ 身長（　　㎝）　☆ 体重（　　kg）

※お薬を処方する場合がありますので、必ず体重はご記入ください。

①とりわけ相談したい事は何ですか。（　　いつから:　　）

②主な症状にチェックしてください。

☐ 発熱（　　日　　時～）　☐ 咳　☐ 喉の痛み　☐ 頭痛　☐ 鼻水

☐ 嘔吐（　　日　　時～　、回数　　回　、最終　　日　　時）

☐ 下痢（　　日　　時～　、回数　　回　、最終　　日　　時）

☐ 便秘　☐ 発疹　☐ 元気（ある・ない）　☐ 水分（取れる・取れない）

☐ その他（　　）

③あてはまるものがありましたらチェックしてください。

☐ 検査結果　☐ 鼻吸引希望　☐ お薬希望

☐ 予防接種の希望・相談　☐ 栄養・発育・発達についての相談

④他院の投薬はありますか。　ある　・　ない

⑤その他ご相談がありましたらご記入ください。（　　）