～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～

体重　　kg　　体温（　　℃）

①とりわけ相談したい事は何ですか？

□発熱（　日　時　～　℃）

□嘔吐（　日　時　～　日　時　回）

□下痢（　日　時　～　日　時　回）

□咳（　日前～）　□鼻水（　日前～）

□発疹（　日前～）

その他

（　　）

②他院投薬　□ない　□ある…記入↓又はお薬手帳をご提出ください。

薬名（　　）

③その他ご相談がありましたらご記入ください。

□鼻水吸引希望