

小児科問診票

カガナ 生年月日 _____
お子さんのお名前 _____ 男・女 愛称 _____

郵便番号 () 住所 _____

電話番号 () 携帯 ()

その他の連絡先 _____

保育園・幼稚園に通っていますか () 保育園・幼稚園

* 体重 () 身長 ()

* 今日はなにが心配で来院されましたか

熱 (度) 咳 はなみず おう吐 下痢 腹痛 頭痛 発疹
その他 ()

* お子さんを妊娠中に異常がありましたか

異常なし 妊娠中毒症 切迫流産 切迫早産 貧血 その他

* 生まれたときの状態

_____ 週 _____ g 生まれた病院 ()

* 分娩様式

頭位 骨盤位 自然分娩 誘発分娩 帝王切開

* 新生児期の様子

異常なし 黄疸あり光線療法を受けた 入院した
仮死があり蘇生を受けた 入院した病院 ()

* 栄養法 母乳 混合 人口 その他 ()

* 今までにかかった病気

突発性発疹 麻疹 (はしか) 水痘 (みずぼうそう) おたふくかぜ
風疹 (三日ばしか) 百日咳 肺炎 ひきつけ 気管支喘息
アトピー性皮膚炎 入院した病気 ()

* 今までに受けた予防接種

BCG 三種混合(1期1回・2回・3回・追加)
四種混合(1期1回・2回・3回・追加) MR(麻疹・風疹)
ポリオ(生ワクチン:1回・2回)(不活化ワクチン:1回・2回・3回・追加)
二種混合(ジフテリア 破傷風) 日本脳炎(初回免疫1回・2回・追加・2期)
ヒブ(初回免疫1回・2回・3回・追加) 肺炎球菌(初回免疫1回・2回・3回・追加)
水痘(水ぼうそう) おたふくかぜ インフルエンザ B型肝炎(1回・2回・3回)
ロタ(ロタリックス:1回・2回)(ロタテック:1回・2回・3回)
その他 ()

* 薬で異常がでたことがありますか

なし あり ()

* 食べ物で異常がでたことがありますか

なし あり ()

ご協力ありがとうございました