

小児科 新患問診票

記入日時 200 年 月 日

<お名前>

<生年月日: 年 月 日>

お子さんの生まれた時の状況について

出生体重 (g) 在胎週数 (週) 黄疸 (光線療法をした)
妊娠中に何か異常はありましたか? (は い ・ いいえ)

お子さんの発達について

首のすわり (ヶ月) 一人で座る (ヶ月)
はいはい (ヶ月) 一人で歩く (ヶ月)

今までかかった病気について

*カゼをひくとゼイゼイしやすい・咳が治りにくい (は い ・ いいえ)
*熱性ケイレンを起こした事がある (は い ・ いいえ)
*その他 ()
入院したことがありますか? (は い ・ いいえ)
(才の時/病名:)

現在、他の病院で治療中の病気はありますか? (は い ・ いいえ)

毎日のんでいる くすり があれば教えてください。 (は い ・ いいえ)

くすり や食物 で アレルギー はありますか? (は い ・ いいえ ・ 以前にあった)

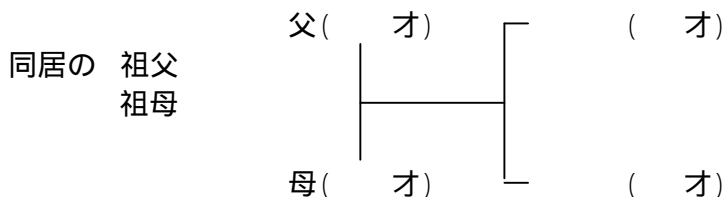
予防接種について

BCG	済み	麻疹+風疹混合	済み ・ まだ接種していない
三種混合	完了 ・ 途中で	はしか(麻疹)	済み ・ かかった
ポリオ	完了 ・ 途中で	風疹	済み ・ かかった
日本脳炎	完了 ・ 途中で	おたふく	済み ・ かかった
		水ぼうそう	済み ・ かかった

家族について

御両親に アレルギー疾患やその他 大きな病気はありますか?
(なし ・ あり 父: アトピー, 花粉症, 喘息 その他)
母: アトピー, 花粉症, 喘息 その他)

御家族の年齢構成を教えてください



兄弟姉妹が保育園・幼稚園・学校に通っていたら 横に書いてください。

*家族でタバコを吸う方はいますか? (いない ・ いる 父 / 母 / 祖父 / 祖母 / その他)
(1日に何本くらい吸いますか? 10本未満 / ~20本 / ~30本 / 30本以上)

*ペットを飼っていますか? (いない ・ いる イヌ , ネコ , その他)