小児科問診票

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿　生年月日　　年　　月　　日　受診日＿＿＿＿＿＿

＜受診されるお子様についておたずねします＞

①ご両親および兄弟、姉妹についておたずねします（受診しているお子さんも含めて）

お父さん（　　）歳　健・否　　第１子（　　）歳　健・否

お母さん（　　）歳　健・否　　第２子（　　）歳　健・否

第３子（　　）歳　健・否

第４子（　　）歳　健・否

②アレルギーがありますか　□いいえ　□はい　薬アレルギー　（　　）

食物アレルギー　（　　）

その他　（　　）

③ご家族にアレルギーの人がいますか　□いいえ　□はい　（　　）

④分娩は正常でしたか　正常　・　異常

⑤何週で生まれましたか　（　　）週

⑥生まれた時の体重は　（　　）g

⑦乳幼児期の発育状態は正常でしたか　□いいえ　□はい

⑧6ヶ月までの栄養は　□母乳　□人工　□混合

⑨予防接種について（すんだものに〇をつけてください）

アクトヒブ　肺炎球菌　B型肝炎　ロタウイルス　BCG

四種混合：１期（１回目、２回目、３回目）、１期追加　二種混合

MR（Ⅰ期・Ⅱ期）　水痘（水ぼうそう）　おたふく

日本脳炎：（１回目、２回目）、Ⅰ期追加　Ⅱ期

三種混合：１期（１回目、２回目、３回目）、１期追加

経口生ポリオ（１回目、２回目）　不活化ポリオ（１回目、２回目、３回目）、追加

⑩今までにかかった病気（かかったものに〇をつけてください）

麻疹（はしか）　おたふく　風疹（３日はしか）　水痘（水ぼうそう）　溶連菌感染症

気管支喘息　喘息様気管支炎　肺炎　急性胃腸炎　痙攣（ひきつけ）　中耳炎　川崎病

尿路感染症（膀胱炎　腎盂炎）　その他（　　）

⑪入院をしたことがありますか

□いいえ　□はい（病名：＿＿＿＿＿＿）（病院名：＿＿＿＿＿＿）

⑫手術をうけたことがありますか

□いいえ　□はい（病名：　　年　　月）

⑬最近の体重（　　）Kg

東栄病院