

初診時間診票(小児) ☆赤で大きくハッキリとご記入ください

お分かりになるところだけでも結構ですのでご協力をお願いいたします。
この問診表はカルテに保存され、おこさまへのより良い診療に役立てたいと思います。

ふりがな お名前	(男・女)	お電話(自宅 ()) (携帯 ())
ご住所 県 市・町・村		
誕生日 平・令 年 月 日	年齢 歳 ヶ月	体重 kg

※本日はどうされましたか？

体温	℃
----	---

1	(日・週間・ヶ月)前から
2	(日・週間・ヶ月)前から
3	(日・週間・ヶ月)前から
4	(ぜんそく・アトピー性皮膚炎・食物アレルギー)が心配 (日・週間・ヶ月)前から

①当院受診前に、他の医院を受診されましたか？ ☆現在使用している薬はありますか？

しない した ない ある(定期的に・今回のみ):

②おこさまが通われている学校・幼稚園等で現在流行している病気はありますか？

ない ある:

※生まれてから今までの経過をお尋ねします。(思い出せる範囲でご記入下さい)

①お生まれは 体重 g 予定日より 日 (はやい おそい)

お生まれになったとき何か問題がありましたか？:

②乳児検診・学校検診で何か指摘されたことはありますか？

ない ある:

③おこさまの苦手な薬があれば教えてください。

シロップ 粉薬 錠剤 特になし

④今までにかかった病気はありますか？

はしか みずぼうそう おたふくかぜ 風疹 りんご病

<input type="checkbox"/> 食物アレルギー	ひきつけ 今までに 回
<input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> 細気管支炎 <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎	脳波検査: なし あり()
その他: <input type="checkbox"/> お薬のアレルギー:	ダイアップの使用: 指示あり なし

入院のご経験 ない ある: といわれて 病院へ入院した

⑤ご家族に次のようなご病気をお持ちの方はおられますか？

ぜんそく アトピー・アレルギーといわれた(皮膚炎 花粉症 薬剤)
じんましん 結核 肝炎 その他

⑥お済みになった予防接種について教えてください。(○をつけて下さい)

BCG	B型肝炎 1回 2回 3回	不活化ポリオ 1回 2回 3回 追加	四種混合/三種混合 1回 2回 3回 追加	水ぼうそう	おたふく
日本脳炎 1期(1回 2回 追加) 2期	ヒブ 1回 2回 3回 追加	小児用肺炎球菌	インフルエンザ (1年以内のみ)		
MR 1期 2期	はしか(麻疹)	風疹	その他;		

⑦その他特にご心配されていることはありますか？

⑧当院には小児科専門医・アレルギー専門医やカウンセリング資格を持つ保健師がおります。
現在、定期的に院内で無料の子育て相談会やアレルギー・ぜんそく相談会を行っております。
その際ご案内を希望されますか？

子育て相談 アレルギー・ぜんそく相談 特に希望しない