

小児科問診票

記入日 年 月 日

まつしま病院小児科を初めて受診されるお子さんについて、診療上で必要と思われることがらをいくつかお尋ねします。可能な範囲でお答えください。

おなまえ (男・女) 生年月日 年 月 日(歳 か月)

(1) 妊娠中からこれまでの発育についてうかがいます。 国籍

| | | | | | | |
|--|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|-----------|----------|
| 生まれたところ | <input type="checkbox"/> 当院 | <input type="checkbox"/> 他院 | 都道 府県 | 市区 町村 | 病院 助産院 | 医院 自宅 |
| 妊娠中に何か問題がありましたか? () | | | | | | |
| 生まれたときは | <input type="checkbox"/> 正常分娩 | <input type="checkbox"/> 吸引分娩 | <input type="checkbox"/> 鉗子分娩 | <input type="checkbox"/> 帝王切開 (理由 | () | |
| 生まれたときの | 週数: | 週 | 日 | 身長 (| cm) | 体重 (|
| g) 生まれてから1週間以内に問題がありましたか? <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある () | | | | | | |
| 成長や発育について何か問題を指摘されたことはありますか? <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある () | | | | | | |

(2) 次の病気の中でこれまでにかかったものがあれば○で囲んでください。
また、ご家族や血縁のかたでかかった方がいましたら記入してください。

| 受診されるお子さん | ご家族や血縁のかた (誰が) |
|--|---|
| 今までにくすりや注射でアレルギーをおこしたことがありますか? <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (くすりの名前:) | 先天性心疾患 () 川崎病 () 熱性けいれん () てんかん () |
| 先天性心疾患 () 川崎病 熱性けいれん てんかん アトピー性皮膚炎 喘息 じんましん 突発性発疹 麻疹 (はしか) 風疹 (三日はしか) 水痘 (みずぼうそう) おたふくかぜ 百日咳 | アトピー性皮膚炎 () 喘息 () じんましん () 肝炎 A型・B型・C型 () がん () |
| その他の大きな病気・慢性的な病気 | その他の大きな病気・慢性的な病気 病名: 続柄: |

(3) 次の予防接種のうち受けたものを○で囲んでください。

| Hib (1・2・3・追加) | 肺炎球菌 (1・2・3・追加) | B型肝炎 (1・2・3) | | |
|----------------------------------|--------------------|---------------|-----------------------|--|
| 四種混合ワクチン (DPT-IPV) (1期 1・2・3・追加) | ロタリックス (1・2) | ロタテック (1・2・3) | BCG | |
| 麻疹風しん混合 (MR) (1・2期) | 水痘 (1・2) | おたふく (1・2) | 日本脳炎 (1期 1・2・追加 / 2期) | |
| 三種混合ワクチン (DPT) (1期 1・2・3・追加) | 二種混合 (DT) | 麻疹 | 風疹 | |
| ポリオ 生 (1・2) 不活化 (1・2・3・追加) | 子宮頸がん (初回免疫 1・2・3) | | | |
| その他 () | | | | |

(4) ご家族についてうかがいます。一緒に生活している方を書いてください。

| | | | | |
|-------|--------|---|-----|-----|
| 母 | 年 月 日生 | 才 | 男・女 | 名前: |
| 父 | 年 月 日生 | 才 | 男・女 | 名前: |
| きょうだい | 年 月 日生 | 才 | 男・女 | 名前: |
| | 年 月 日生 | 才 | 男・女 | 名前: |
| | 年 月 日生 | 才 | 男・女 | 名前: |
| | 年 月 日生 | 才 | 男・女 | 名前: |
| その他 | 年 月 日生 | 才 | 男・女 | |
| | 年 月 日生 | 才 | 男・女 | |