

# 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からいくつかお尋ねします。可能な範囲でお答えください。

ふりがな

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 ( ) 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 ( )
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	その他の大きな病気・慢性的な病気 病名： 続柄：
その他の大きな病気・慢性的な病気	

(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	