

問 診 表

フリガナ _____ 生年月日／昭和・平成 年 月 日 年齢／ 才 ヶ月

お名前 _____ 女
 _____ 男 人兄弟／第 子 体重 kg 体温 °C

ご住所 _____ 電話番号 () _____

※発疹（ブツブツ）の出ている方、麻疹、風疹、水痘、おたふくかぜ、インフルエンザ等と思われる方はお申し出ください。

1. 本日来院された理由をお聞かせください。どのような事がいつから始まり、どのように経過していますか？

記入者：母親・父親・祖父母・その他 ()

[_____]

2. 上記の症状で他の病院を受診されましたか？

いいえ・はい（病院名： _____）

3. 赤ちゃんの時期はどうでしたか？

- ・出生体重 (_____ g) 身長 (_____ cm)
- ・お産は順調でしたか？ / はい・逆子・仮死・時間が掛かった・その他 (_____)
- ・栄養法はなんですか？ / 母乳・粉ミルク・混合
- ・歩き始めた時期はいつですか？ (_____ 才 _____ カ月)
- ・自分の名前を言い始めた時期はいつですか？ (_____ 才 _____ カ月)

4. お子さまがかかったことのある病気はありますか？

- ・麻疹・風疹・水痘・おたふくかぜ・百日咳・リンゴ病・手足口病・その他 (_____)

5. ご本人やご家族の方で、下記の病気と言われた方はいますか？ [例：喘息（父）]

- ・薬疹、薬による副作用 () ・最近の下痢や発熱 () ・けいれん () ・アトピー性皮膚炎 ()
- ・花粉症 () ・アレルギー性鼻炎、結膜炎 () ・喘 息 () ・心臓病 () ・免疫不全 ()
- ・糖尿病 () ・肝 炎 () ・腎臓病 () ・その他 (_____)

6. 予防接種を受けたものはありますか？

- ・肺炎球菌・ヒブ・4種混合・BCG・水痘・おたふくかぜ・MR・麻疹・風疹・その他 (_____)

7. お近くに下記の病気にかかっている、またはかかっていた方はいますか？

- ・溶連菌感染症・百日咳・ヘルパンギーナ・プール熱・手足口病・水痘・おたふくかぜ・インフルエンザ
- ・りんご病・麻疹・風疹・流行性角結膜炎・下痢症・その他 (_____)

9. ご家族でタバコを吸われる方はいらっしゃいますか？ いない・いる（どなたが？） (_____)

10. お家にペットはいますか？ いない・いる（種類： _____)

◎当院を何でお知りになりましたか？

知人の紹介 (_____) ・通り道・インターネット・看板・その他 (_____)

ありがとうございました

