

# 初めての診察の方へ(問診票)

ふりがな \_\_\_\_\_

男 平成 \_\_\_\_\_ 年生まれ

お名前 \_\_\_\_\_

女 年齢 \_\_\_\_\_ 才 \_\_\_\_\_ ヶ月 体重 \_\_\_\_\_ kg

通っているのは

1 なし  2 \_\_\_\_\_ 保育園  3 \_\_\_\_\_ 幼稚園  4 \_\_\_\_\_ 小学校  5 \_\_\_\_\_ 中学校

① 症状(いつから、どのように)

② 1.お父さんは  健康・又は \_\_\_\_\_  
2.お母さんは  健康・又は \_\_\_\_\_  
3.お子さんは  1 男・女 平成 \_\_\_\_\_ 年生まれ  健康・又は \_\_\_\_\_  
(ご兄弟)  2 男・女 平成 \_\_\_\_\_ 年生まれ  健康・又は \_\_\_\_\_  
 3 男・女 平成 \_\_\_\_\_ 年生まれ  健康・又は \_\_\_\_\_  
 4 男・女 平成 \_\_\_\_\_ 年生まれ  健康・又は \_\_\_\_\_  
4.家族、親戚に次のような病気がいれば  
○で囲んで下さい。  
 糖尿病・ アレルギー体質  
 喘息・ 結核・ 肝炎  
 てんかん・ その他( \_\_\_\_\_ )

③ 1.生まれた時の体重 \_\_\_\_\_ g 在胎週数 \_\_\_\_\_ 週・又は \_\_\_\_\_ ヶ月  
2.分娩は(  正常・ 吸引・ 帝王切開・ 骨盤位・ その他 )  
3.仮死は  なし・ あり 他の異常は  なし・ あり ( \_\_\_\_\_ )  
4.乳児期の栄養は(  母乳・ 混合・ 人工乳 )  
5.乳児期の発達に異常があるといわれたことがありますか  はい( \_\_\_\_\_ )・ いいえ

④ これまでうけた予防接種(  印をつけて下さい)

<input type="checkbox"/> BCG	<input type="checkbox"/> MR( <input type="radio"/> I期・ <input type="radio"/> II期 )	<input type="checkbox"/> 日本脳炎II期
<input type="checkbox"/> ポリオ( <input type="radio"/> 1回・ <input type="radio"/> 2回 )	<input type="checkbox"/> おたふく( <input type="radio"/> 1回・ <input type="radio"/> 2回 )	<input type="checkbox"/> ヒブ( <input type="radio"/> 1回・ <input type="radio"/> 2回・ <input type="radio"/> 3回・ <input type="radio"/> 追 )
<input type="checkbox"/> 不活化ポリオ( <input type="radio"/> 1回・ <input type="radio"/> 2回・ <input type="radio"/> 3回・ <input type="radio"/> 追 )	<input type="checkbox"/> 水痘( <input type="radio"/> 1回・ <input type="radio"/> 2回 )	<input type="checkbox"/> 肺炎球菌( <input type="radio"/> 1回・ <input type="radio"/> 2回・ <input type="radio"/> 3回・ <input type="radio"/> 追 )
<input type="checkbox"/> 三・四種混合I期( <input type="radio"/> 1回・ <input type="radio"/> 2回・ <input type="radio"/> 3回・ <input type="radio"/> 追 )	<input type="checkbox"/> 日本脳炎I期( <input type="radio"/> 1回・ <input type="radio"/> 2回 )	<input type="checkbox"/> B型肝炎( <input type="radio"/> 1回・ <input type="radio"/> 2回・ <input type="radio"/> 3回 )
<input type="checkbox"/> 二種混合	<input type="checkbox"/> 日本脳炎I期追加	<input type="checkbox"/> ロタ( _____ )( <input type="radio"/> 1回・ <input type="radio"/> 2回・ <input type="radio"/> 3回 )

⑤ 1. 今までどんな病気にかかりましたか(○印をつけて下さい)  
 はしか・ 風疹・ おたふくかぜ・ 水ぼうそう・ 百日咳・ 突発性発疹・ 肺炎  
 喘息性気管支炎・ 中耳炎・ 副鼻腔炎・ 川崎病・ 溶連菌・ その他( \_\_\_\_\_ )  
2. 入院したことはありますか  なし・ あり( \_\_\_\_\_ の病気で 才頃に)  
3. 手術を受けたことがありますか  なし・ あり( \_\_\_\_\_ の病気で 才頃に)  
4. ひきつけを起こしたことはありますか  なし・ あり そのとき熱は(  なし・ あり )  
→ 初回は 才 今まで 回  
5. お薬で何か症状が出たことがありますか  
(  なし・ あり \_\_\_\_\_ の薬で(症状) \_\_\_\_\_ )・ 服薬なし  
6. アレルギー体質がありますか(○印をつけて下さい)  
 卵白・ 牛乳・ 喘息・ 蕁麻疹・ アトピー性皮膚炎・ アレルギー性鼻炎・ アレルギー性結膜炎  
 食物アレルギー・ ハウスダスト・ ダニ・ その他( \_\_\_\_\_ )

⑥ その他ご心配なことがありましたらお書き下さい