

## 小児科初診問診票

藤山小児科医院

氏名 \_\_\_\_\_ フリガナ \_\_\_\_\_  
 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ ヶ月) 性別 男・女  
 住所 〒 \_\_\_\_\_  
 電話 \_\_\_\_\_ 記入者 \_\_\_\_\_ (母・父・ \_\_\_\_\_ )

より有効な治療をするためにわかる範囲でよろしいので記入してください。

① 本日はどうされましたか

- 発熱 咳 鼻水 下痢 吐き気 嘔吐 ひきつけ 痛み(部位: \_\_\_\_\_ )  
その他( \_\_\_\_\_ )

② 出生・発達・発育について

- 出生時の体重( \_\_\_\_\_ g) 出生時の身長( \_\_\_\_\_ cm) 出生時の週数( \_\_\_\_\_ 週)  
 1) 妊娠中・出生時の異常 ない・ある( \_\_\_\_\_ )  
 2) 発達・発育について気になることはありますか  
 ない・ある( \_\_\_\_\_ )

③ アレルギーはありますか

- ない・ある( \_\_\_\_\_ )

④ いままでどんな病気にかかりましたか

- 突発性発疹 麻疹 風疹 水ぼうそう おたふくかぜ ぜんそく  
その他( \_\_\_\_\_ )

⑤ いままで入院をしたり、手術を受けたことはありますか

- ない・ある( \_\_\_\_\_ )

⑥ いままでに受けたことのある予防接種は

- ヒブ 肺炎球菌 B型肝炎 ロタ 4種(DPT・ポリオ) BCG MR(麻疹・風疹)  
日本脳炎 水ぼうそう おたふくかぜ インフルエンザ  
その他( \_\_\_\_\_ )

⑦ 兄弟・姉妹 いない・いる( \_\_\_\_\_ 人中 \_\_\_\_\_ 番目)⑧ ご家族に下記の病気の方がおられますか

- 気管支喘息 アトピー性皮膚炎 心臓病 肝臓病 腎臓病  
その他( \_\_\_\_\_ )

