

# 初診 予診票 (小児科)

ID ( )

記入年月日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

ふりがな ( )

ご本人氏名： \_\_\_\_\_ 【 男・女 】 \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ カ月

現在の体重： \_\_\_\_\_ 【 g・kg 】

☆ 本日はどのような症状で受診されましたか？ \_\_\_\_\_

☆ その症状はいつ頃からですか？ \_\_\_\_\_

## (1) 保護者の方の情報

・保護者名 \_\_\_\_\_ 続柄 【 父・母・その他 \_\_\_\_\_ 】

・緊急連絡先 電話・携帯 \_\_\_\_\_

## (2) 妊娠・分娩

・生まれた時 \_\_\_\_\_ 週目 体重 \_\_\_\_\_ g 身長 \_\_\_\_\_ cm

・新生児期の異常 なし・あり 【 \_\_\_\_\_ 】

・栄養法 母乳・人工・混合

・妊娠中の異常 なし・あり 【 高血圧 たんぱく尿 むくみ その他 \_\_\_\_\_ 】

・分娩時の異常 なし あり 【 \_\_\_\_\_ 】

・妊娠中から現在まで治療中の病気 なし・あり【病名 \_\_\_\_\_ 治療内容 \_\_\_\_\_ 】

## (3) これまでに受けた予防接種

・ロタウイルス 【 \_\_\_\_\_ 回】・ヒブ 【 \_\_\_\_\_ 回】・肺炎球菌 【 \_\_\_\_\_ 回】・4種混合 【 \_\_\_\_\_ 回】

・B型肝炎 【 \_\_\_\_\_ 回】・BCG・MR (麻疹・風しん)・水痘 【 \_\_\_\_\_ 回】・おたふく 【 \_\_\_\_\_ 回】

・日本脳炎 【 \_\_\_\_\_ 回】・DPT (2種混合)・その他 【 \_\_\_\_\_ 】

## (4) これまでかかった病気

・突発性発疹 ・熱性けいれん ・はしか ・水ぼうそう ・風しん ・おたふくかぜ

・気管支喘息 ・川崎病 ・肺炎 ・溶連菌感染症・百日咳

・アトピー性皮膚炎 ・アレルギー性鼻炎 ・その他 【 \_\_\_\_\_ 】

・入院 なし あり【病名： \_\_\_\_\_ 】

・手術 なし あり【病名： \_\_\_\_\_ 】

## (5) アレルギーの有無

・なし あり【薬： \_\_\_\_\_ 食べ物 \_\_\_\_\_ 】

## (6) 家族・生活

・現在通っているのは \_\_\_\_\_ 【保育園・幼稚園・小学校・中学校】

・同居の家族【父 母 兄 姉 弟 妹 祖父 祖母 その他( \_\_\_\_\_ )】

・家では【 \_\_\_\_\_ 】人兄弟の【 \_\_\_\_\_ 】番目

## (7) 家族に次のような人はいますか？ ペットは飼っていますか？

・熱性けいれん ・てんかん ・気管支喘息 ・アトピー性皮膚炎 ・結核

・アレルギー性鼻炎 ・遺伝性病気 【 \_\_\_\_\_ 】

・たばこを吸う人いますか いない いる 【 父 母 その他( \_\_\_\_\_ )】

・ペットはいますか？ いない いる 【 犬 猫 その他( \_\_\_\_\_ ) 】

## (8) お薬について・・・つぎの薬は飲みますか

・こな薬 はい いいえ ・液体の薬 はい いいえ ・錠剤 はい いいえ

## (9) 来所のきっかけ

・近所だから 知り合いからの紹介 HP その他 \_\_\_\_\_ )

## (10) その他 相談したいこと