

## 初めて小児科を受診される方へ<外来問診票>

氏名..... 年齢..... 歳..... カ月..... 生年月日(西暦)..... 年..... 月..... 日.....

1. 生まれた時のことについてお伺いします。

- ・ 妊娠中の異常: なし ・ あり ( )
- ・ 在胎週数 ..... 週..... 日 (予定日 ..... 月..... 日) ・ 出生病院: .....
- ・ 分娩: 普通 ・ 吸引 ・ 鉗子 ・ 帝王切開 ・ その他( ) 入院期間 ..... 日
- ・ 出生体重 .....g ・ 出生時の状態: 良 ・ 不良
- ・ 出生時の処置: なし ・ 保育器 ・ 光線療法 ・ その他( )
- ・ 乳幼児健診での異常の指摘: なし ・ あり ( )

2. 今までにお子様がかかった病気や予防接種についてご記入ください。

- ・ 下記の中に罹ったことのある病気がありますか? ○をつけてください。

喘息	ひきつけ	はしか	風疹	水痘	おたふく	百日咳	その他( )
歳	歳	歳	歳	歳	歳	歳	歳

- ・ 接種済みの予防接種に○印をつけ、何回接種したかご記入ください。  
 ロタ( 回目まで) ・ Hib( 回目まで) ・ 肺炎球菌( 回目まで) ・ B型肝炎( 回目まで)  
 四種混合(DPT-IPV)( 回目まで) ・ BCG  
 MR(麻疹・風疹)( 回目まで) ・ 水痘( 回目まで) ・ おたふく( 回目まで)  
 日本脳炎( 回目まで)
- ・ 予防接種で具合が悪くなったことはありますか?( )

3. 家族構成についてお伺いします。

名前	続柄	同・別居	生年月日(西暦)	勤務先	職業	既往症・アレルギー	国籍
		同居・離別・死別					
		同居・離別・死別					
		同居・離別・死別					
		同居・離別・死別					
		同居・離別・死別					
		同居・離別・死別					

4. 当院では医学的に必要と判断した場合は輸血を行っています。  
 あなたは輸血を受けてもよいですか? (はい ・ いいえ)