

小児科受診の方へ(初診) <外来問診票>

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

電話番号(必要時、病院から連絡してよい番号をご記入ください) Tel. .... (母・父・自宅・その他)

生活の場: 自宅、(.....)保育園・幼稚園、(.....)小学校、(.....)中学校

1. いつ頃から、どのような症状がありますか？具体的にご記入ください。

2. 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) ・ 出生場所: .....
- ・ 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 (.....)

3. 今までにお子様がかかった病気についてご記入ください。

- ・ 大きな病気、入院、手術の経験はありますか？  
時期・病名:(.....)
- ・ アレルギーはありますか？(.....)
- ・ 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。

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

- ・ 下記予防接種で済んでいるものがあれば○印をつけてください。  
BCG ・ 四種混合(DPT-IPV)( ..... 回目まで) ・ 三種混合(DPT)( ..... 回目まで) ・ ポリオ( ..... 回目まで) ・ Hib( ..... 回目まで) ・ 肺炎球菌( ..... 回目まで) ・ ロタ ・ B型肝炎 ・ MR(麻疹・風疹) ・ 水痘 ・ おたふく
- ・ 予防接種で具合が悪くなったことはありますか？(.....)

4. 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					

5. 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)

ありがとうございました。記入方法についてご質問がありましたら、受付にお尋ねください。

のちほど看護師よりお話をさせていただきますので、少々お待ちください。