

本庄記念病院 小児科初診時間診票

_____年 _____月 _____日

フリガナ お名前		男 女	平成 _____年 _____月 _____日生まれ (_____歳 _____ヶ月)
住所			
連絡先	自宅 _____ / 携帯 _____		
身長・体重	_____ cm	_____ kg	平熱 _____ °C 血液型 _____ 型
集団生活	あり (_____) 保育園・幼稚園・小学校・中学校・高校 / まだ		

★発育について

出生は在胎 (_____) 週 (_____) 日 自然分娩 / 帝王切開

出生時体重 (_____) g

妊娠中・出生時の異常 あり / なし

★家族について

きょうだいは (_____) 人中、本人は (_____) 番目

家族の既往歴 心臓病 / 熱性けいれん / てんかん / 膠原病 / 結核 / がん / その他 (_____)
アレルギー (あれば具体的に _____)

★これまでにかかった病気

はしか みずぼうそう おたふく 風疹 突発性発疹 百日咳
じんましん 肺炎 中耳炎 気管支炎 ぜんそく てんかん
けいれん (熱あり / 熱なし) 今まで (_____) 回
その他 (_____)

★アレルギー

- ・アトピー性皮膚炎 ・ぜんそく ・花粉症 ・鼻炎 ・結膜炎
- ・薬(飲み薬、注射など)で具合が悪くなったことは(ある / ない) あれば薬の名前 (_____)
- ・食べ物で具合が悪くなったことは(ある / ない) あれば具体的に (_____)
- ・これまでアレルギー検査をしたことが(ある / ない)

★予防接種 (接種済みのものを○で囲み、接種済みの回数をご記入下さい)

- ・ヒブ _____回 ・肺炎球菌 _____回 ・四種混合(三種混合) _____回 ・BCG
- ・はしか・風疹混合(MR) _____回 ・みずぼうそう _____回
- ・日本脳炎 _____回 ・B型肝炎 _____回 ・二種混合
- ・ロタ _____回 ・おたふく _____回
- ・ポリオ生 _____回 ・ポリオ不活化 _____回 ・その他(_____)

★どこで当院小児科を知りましたか

兄弟姉妹がかかっている / 近所 / インターネット / 看板 / 知り合いから / 家族が当院の他科にかかっている

本庄記念病院 小児科問診票

年 月 日

フリガナ お名前		男 女	平成	年	月	日 生まれ （ 歳 ヶ月）
住所						
連絡先	自宅	—	—	/	携帯	—

★体調について（あてはまるものに○および詳細の記入を）

- ・機嫌良い・元気あり／機嫌悪い・元気なし
- ・食欲やおっぱい・ミルクの飲み：いつも通り／少ない
- ・水分：とれる／とれない
- ・おしっこの量：いつも通り／少ない→最後に出たのは ____日 ____時ごろ
- ・睡眠：眠れる／眠れない→咳・息が苦しそう・ぐずる
- ・周囲に病気の方がいた：家族／友達→病名や症状（ _____ ）
- ・薬を使用した（貼り薬や塗り薬なども含む）：当院処方／他院処方／市販薬
（薬品名… _____ ）

★症状について（あてはまるものに○および詳細の記入を）

- ・発熱： 月 日 時頃～ 最高 _____℃（上がったたり下がったり／ずっと上がりっぱなし）
解熱剤の使用：なし／あり _____回 最終使用： ____日 ____時頃
- ・咳： 月 日～ 咳の性質（痰がらみ／空咳／ケンケン／ゼーゼー）
時間帯（一日中／夜に強い／寝起きに強い）
- ・鼻水： 月 日～ 水鼻／青鼻／つまっている／めやにが出る
- ・嘔吐： 月 日～ 回数____／日→最後に吐いたのが ____日 ____時頃
- ・下痢： 月 日～ 回数____／日→ひどくなっている／かわらない／良くなってきている
便の性状（泥状便／水便／不消化／白色便／すっぱい臭い）
- ・便秘： 月 日～ おならあり／腹痛あり／食欲なし
- ・湿疹： 月 日～ 部位（ _____ ）
経過…どんどんひどくなる／かゆがっている／出たり消えたりする
- ・痛み： 月 日～ 部位…頭／おなか／のど／耳／その他（ _____ ）
- ・その他： 月 日～（ _____ ）

★お薬の希望 シロップ／粉薬／錠剤（ただしお薬の種類によってはご希望に添えない場合があります）

★診察前に医師・看護師に伝えたいことがあればご記入ください

証明書希望の方はお申し出下さい（指定用紙は問診票と一緒にお出し下さい）。

ご記入ありがとうございました。終わりましたらスタッフまでお声掛けください。

ご記入いただきました個人情報は、診察に関する範囲を超えて利用することはありません。