

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	年 (歳)	月 (月)	日 (日)	生まれ (ヶ月)
住所						
連絡先	自宅	—	—	/	携帯	—
身長・体重	cm	・	kg	平熱	℃	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	年 月 日 (歳 ヲ月)
住所			
連絡先	自宅	—	— / 携帯 — —
体重		kg	体温 °C

★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 ____°C (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。