

川野辺小児科問診表（小児用）

記載日 月 日

（ふりがな）

お名前 _____ 男 ・ 女 昭和・平成 年 月 日生まれ（ 歳 か月）

現住所（郵便番号 _____）： 電話番号 _____

生まれた病医院名：

生まれた時の 体重 _____ g 身長 _____ cm 在胎週数 _____ 週 日

分娩時の異常： なし ・ あり（ _____ ）

黄疸： なし ・ 軽度 ・ あり（光線療法 _____ 日 その他の治療 _____ ）

哺乳は：母乳（ _____ から _____ まで）混合（ _____ から _____ まで）ミルク（ _____ から _____ ）

発育、発達に問題は なし ・ あり（下へご記入下さい）

・ 現在治療中の病気はありますか？ なし ・ あり（下へご記入下さい）

・ 現在飲んでいる薬はありますか？ なし ・ あり（下へご記入下さい）

・ 飲んだ薬でじんましんなどアレルギー反応をおこしたことは なし ・ あり（下へご記入下さい）

・ その他のアレルギー（特に食べ物に対する）はありますか？ なし ・ あり（下へご記入下さい）

既往歴（今までにかかったものに丸をつけてカッコの中にその時期をご記入ください）

麻疹＝はしか（ _____ ） 風疹（ _____ ） おたふく＝流行性耳下腺炎（ _____ ）

みずぼうそう（ _____ ） 突発性発疹（ _____ ） 虫垂炎（ _____ ）

熱性けいれん（ _____ ） じんましん（ _____ ）

気管支喘息（ _____ ） アトピー性皮膚炎（ _____ ） アレルギー性鼻炎（ _____ ）

心臓病（ _____ ） 腎臓病（ _____ ） 神経疾患（ _____ ）

手術の既往（ _____ ） その他（ _____ ）

家族構成をお書きください（年齢も）

ご家族にアレルギー性疾患（喘息、鼻炎、過敏症など）の方はいませんか？ なし ・ あり

予防接種についてご記入下さい（済ませたものに丸をつけてください）

BCG ・ ポリオ ・ 三種混合（1期 _____ 回、1期追加 _____ 2期 _____ ） 麻疹 ・ 風疹 ・ みずぼうそう

日本脳炎（1期 _____ 回、 _____ 2期 _____ ） ・ おたふく ・ 二種混合＝DT（1期 _____ 2期 _____ ）

肺炎球菌（ _____ 回） ・ ヒブ(Hib)ワクチン（ _____ 回） ・ B型肝炎 ・ A型肝炎

いままでにかかっていた病、医院はございますか？ いいえ ・ はい（以下にご記入下さい）

現在所属の保育園、幼稚園、学校名（ _____ ） クラス _____ 年 _____ 組

ご本人と同様の症状の方がご家族にいらっしゃいますか？ いいえ ・ はい（以下にご記入下さい）

最近（6ヶ月以内）に引越ししましたか？ いいえ ・ はい（以前の住所： _____ ）

☆ 現在の症状については別紙の小さいメモ「問診票（初診用）」の方へご記入願います。

☆ 当院の診療はすべて予約診療となります。詳しくは「予約診療の手引き」をご覧ください。