

若葉台クリニック 小児科 問診票

生年月日 昭和、平成、令和 年 月 日生

名前 (長男、次男、三男)
(長女、次女、三女) 満 歳 ヶ月

現住所 〒 固定電話 — —
マンション名 号室 携帯電話 — —

帰省中の方は 実家名前 電話 — —
実家住所

通っているのは? ()保育園、()幼稚園、()小中学校)
昼間の育児は? 母親、父親、祖母、祖父、()託児所、 保育園
家族構成は? 父、母、兄弟()名、姉妹()名、祖父、祖母、その他

1) 今日の診察の目的は? (○印を付けて下さい)
発熱、咳、鼻水、発疹、湿疹、水腫れ、頭痛、腹痛、下痢、嘔吐、便秘、食欲不振、
呼吸が荒い、喘鳴、喘息発作、けいれん(有熱、無熱)、健診、予防接種、その他
いつからですか?
すでにどこかで診察を受けていますか?(病名 病医院)

2) 今までの主治医の先生は? (病医院名 、 先生)

3) 平常時の栄養、便秘、睡眠、アレルギーについて
乳幼児の時の栄養は?(母乳、混合栄養、人工栄養(ミルク)、特殊栄養())
離乳食は ()ヶ月より開始し、()ヶ月で終了
食欲は 旺盛、普通、不良、ムラあり、 1日 回、(1回 ml)
便は (黄、緑、茶、灰色)、(水様、普通 硬)、回数()回/日・週
睡眠 ()時間、(良好、不良)、昼寝()時間、夜泣き、夜尿
食物アレルギー(無し、有り(卵、牛乳、ピーナッツ、その他))
薬物アレルギー(無し、有り(抗菌剤、風邪薬、その他))

4) 今までに罹った大きな病気・入院・手術について
はしか、風疹、水ぼうそう、おたふくかぜ、百日咳、川崎病、溶連菌感染症、紫斑病、
喘息、アトピー性皮膚炎、突発疹、手足口病、ヘルパンギーナ、その他()
入院 (なし、あり(病名 、 歳 病院))
手術 (なし、あり(病名 、 歳 病院))

5) 予防接種について (母子健康手帳を参照して記入して下さい)
3・4種混合()回、2種混合、 B型肝炎()回、ヒブ・肺炎球菌()回
ポリオ(生、不活)回、麻疹・風疹(MR)()回、水痘()回
日本脳炎()回、インフルエンザ(毎年、)回、髄膜炎(メクトラ)()回
HPV(子宮頸癌・サーバリックス、ガーダシル、 回)、その他()

6) こ子供さんお妊娠・分娩について
妊娠中の異常 (なし、切迫流早産、妊娠高血圧症候群、胎盤早期剥離、)
分娩時の異常 (なし、吸引、鉗子、無痛、帝王切開、弛緩性出血、頸管裂傷、)
直ぐ泣きましたか? (すぐ、やや遅れた、新生児仮死(マスク、挿管、NICUへ))
出生時体重(g) 身長(cm) 聴覚検査(未施行、異常なし、精査)
黄疸は? (軽度、普通、重症(光線療法、交換輸血))
分娩施設 (県 市 区 病医院)
分娩後に小児科(NICU)へ転送されましたか? (なし、 病院)

※なるべく詳しくご記入の上、受付へ提出して下さい※