

## 小児専門外来問診票

I D

患者名

保護者名

記入者：（父、母、その他：続柄）

記入日： 令和 年 月 日

当てはまる文字を○で囲み、空欄に記入してください。

1. 他の医療機関からの紹介状をお持ちですか。  ある  ない

2. 受診した症状についてお書きください。

いつから（ ）

症状・経過

3. 現在、処方されているお薬はありますか。  ある  ない

薬剤名（ ）

いつから（ ）

4. これまでに大きな病気にかかったことがありますか（入院や手術を要する病気）。

 ある  ない

病名、時期、医療機関名、治療内容についてお書きください。

5. これまでに薬や食品などでアレルギーを起こしたことがありますか。  ある  ない

原因（ ）

症状（ ）

6. ご家族のこと

きょうだい（ ）人中 番目 上から男女別に 、 、 、 、 （ ）

両親の血族結婚  ない  ある離婚、再婚、養子縁組  ない  ある家族、親戚の病気  ない  ある→アレルギー（湿疹、喘息、鼻炎、じんましん、その他）、  
糖尿病、心臓病、腎臓病、膠原病、甲状腺疾患、  
結石、難聴、脳性麻痺、てんかん、熱性けいれん、  
奇形、精神障害、結核、本児と同様の障害、  
その他（ ）

本児との関係（ ）

(次のページにつづく)

## 7. 妊娠・出産のこと

流産・死産  ない  ある妊娠中の異常  ない  ある →切迫流産、出血、妊娠中毒症、感染、貧血、服薬、入院、胎動異常お産の異常  ない  ある →破水が早い、陣痛が弱い、帝王切開、吸引分娩、鉗子分娩、逆子、羊水混濁、臍の緒が首をまいていた、難産、羊水過多・過小生まれてすぐ泣いた  はい  いいえ（仮死：軽度、重度）予定日に産まれた  はい  いいえ（ 週 日で生まれた）

生まれたとき 体重（ ）g、身長（ ）cm、頭囲（ ）cm、胸囲（ ）cm

出産時の両親の年齢 父（ ）歳、母（ ）歳

## 8. 成長・発達のこと

生後一ヶ月までの異常  ない  ある →チアノーゼ、けいれん、保育器使用、飲みが悪い、泣き声が弱い、黄疸が強かった、黄疸が長びいた、入院、その他（ ）栄養  母乳  人工乳  混合

あやすと笑う（ ）ヶ月 人見知り（ ）ヶ月 片言（意味のある言葉）（ ）ヶ月

首がすわる（ ）ヶ月 はいはい（ ）ヶ月 2語文（ ）ヶ月

寝返り（ ）ヶ月 つかまり立ち（ ）ヶ月

おすわり（ ）ヶ月 ひとり歩き（ ）ヶ月

## 9. 予防接種

定期予防接種は、計画的にうけていますか

 はい  いいえ（理由： ）

水ぼうそうワクチンについて、下記に記入してください

 未接種  1回  2回

## 10. 小児期感染症（かかった病気に○をつけてください。）

はしか ・ 水ぼうそう ・ おたふくかぜ