

# 小児問診票

受診日 20 年 月 日 体温 °C  
氏名 (西暦) 年 月 日生 年令 歳 (月齡 ヶ月)  
住所  
自宅電話番号 ( ) 緊急時電話番号 ( )

1、受診理由を具体的に御記入下さい。

いつから  
どこが  
どのように

2、過去に大きな病気や手術をしたことがありますか？ はい いいえ  
はいの場合：いつ (西暦) 病名

3、現在治療中の病気がありますか？ はい いいえ  
はいの場合：いつから (西暦) 病名

4、出生時のようすについて  
お産の状態は・・・ (異常の場合は内容を記入してください) 正常 ・ 異常  
出生時体重 ( ) g

5、新生児期 次の事がありましたか。 仮死 ・ 黄疸 ・ 未熟児

6、どんなお乳で育てましたか。 母乳 ・ 人口乳 ・ 混合

7、乳幼児の発達について

首のすわりは \_\_\_\_\_ ヶ月、 お坐り \_\_\_\_\_ ヶ月、 独歩 \_\_\_\_\_ ヶ月、

8、乳児検診で何か指摘されましたか？ はい いいえ

9、既往症 下記の病気にかかったことがありますか？

はしか、みずぼうそう、おたふく、ふうしん、百日咳、ひきつけ、その他

接種済の予防注射に○をつけてください： はしか、みずぼうそう、おたふく、ふうしん、  
BCG、ポリオ、三種混合、二種混合、日本脳炎

10、アレルギーについて

(1) 注射やくすりでも異常をおこしたことがありますか。 ある ・ ない  
ある場合は詳しく記入してください。

(2) 下記であるものに○をつけてください。

喘息、アレルギー性鼻炎、アトピー性皮膚炎、じんましん

11、身長は \_\_\_\_\_ cm、体重は \_\_\_\_\_ kg、血液型は \_\_\_\_\_ 型

12、当院をどのように知りましたか？ ( )

石橋医院